

**Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con
depresión mayor: estudio de caso único**

Matty Aydeé Navarro Muñoz

Universidad del Norte

Maestría en Profundización en Psicología Clínica

Barranquilla

2018

**Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con
depresión mayor: estudio de caso único**

Matty Aydeé Navarro Muñoz

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Magister en Psicología Clínica**

Tutora

Irene Polo Martínez

Universidad del Norte

Maestría en Profundización en Psicología Clínica

Barranquilla

2018

Nota de Aceptación

Presidente del jurado

Jurado 1

Jurado 2

Barranquilla - Atlántico, 30 de agosto de 2018

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de tesis a Dios, por bendecirme con sabiduría para realizar este proyecto investigativo, por responderme cuando lo aclamaba en mis momentos difíciles. A mi padre, por ser ese amigo que me brindaba un consejo oportuno en el momento que más lo necesitaba, sin necesidad de pedírselo. Mi madre, por ser esa amiga que me escucha siempre y me respalda en todo.

Matty A. Navarro Muñoz

AGRADECIMIENTO

A mi padre celestial, por darme los medios económicos y las fuerzas espirituales para iniciar y terminar con eficacia esta maestría.

A mi padre por su apoyo incondicional, tanto económico como afectivo, durante el inicio y finalización de esta maestría.

A mi madre por todas las oraciones que elevo al cielo, para la realización de este sueño, que tenía desde que inicie mis estudios de pregrado.

A mi amiga Adriana Salcedo, por escucharme cuando tenía alguna dificultad con algún trabajo, por alentarme a seguir, y recordarme siempre que iba a lograrlo.

A mi tutora Irene Polo, por no limitarse exclusivamente a lo académico al brindar experiencias tanto positivas como negativas, haciéndome saber que “no son las técnicas, sino la forma como tú decides llevar a cabo un proceso terapéutico desde el sello personal”.

A la Universidad del Norte, especialmente a la Dra. Deisy Anguila por ser la primera persona que me brindó información sobre todo lo referente la maestría.

Gracias.

Matty A. Navarro Muñoz.

Contenido

| | |
|---|----|
| Introducción | 11 |
| 1. Justificación | 13 |
| 2. Área Problemática..... | 15 |
| 3. Objetivos | 18 |
| 3.1 Objetivo general..... | 18 |
| 3.2 Objetivos específicos | 18 |
| 4. Historia clínica del paciente..... | 19 |
| 4.1 Información de identificación | 19 |
| 4.2 Motivo de consulta | 19 |
| 4.3 Descripción de la sintomatología | 19 |
| 5. Identificación de problemas actuales | 22 |
| 4.4 Historia del problema actual | 25 |
| 4.5 Historia personal | 27 |
| 4.6 Historia familiar | 28 |
| 4.7 Historia socioafectiva | 28 |
| 4.8 Historia académica | 29 |
| 4.11. Resumen de evaluación y resultados | 30 |
| 4.12. Conceptualización diagnóstica y diferencial | 34 |

| | |
|--|----|
| 4.13 . Conceptualización cognitiva..... | 36 |
| 4.14. Formulación clínica del caso | 38 |
| 4.15 Objetivos terapéuticos y plan o diseño de intervención..... | 42 |
| 4.15.1 Objetivo general 1. Disminución del estado depresivo. | 42 |
| 4.15.2 Objetivo 2. Entrenamiento en estrategias de resolución de problemas | 44 |
| 4.16 Curso del tratamiento | 46 |
| 5. Descripción detallada de la sesión | 50 |
| 6. Marco teórico | 57 |
| 6.1 Estudios previos. | 57 |
| 6.2 Fundamentos teóricos y etiológicos de la Depresión mayor. | 62 |
| 6.3. Depresión en adolescentes | 64 |
| 6.4. Fundamentos teóricos y etiológicos de la depresión..... | 67 |
| 6.4. Tratamiento | 69 |
| 7. Análisis del caso e Interpretación | 83 |
| 8. Discusiones y conclusiones..... | 87 |
| Referencias..... | 92 |
| 11. Anexos | 95 |

Lista de tablas

| | |
|----------------|----|
| Tabla 1 | 24 |
| Tabla 2. | 24 |
| Tabla 3 | 25 |
| Tabla 4 | 27 |
| Tabla 5. | 30 |
| Tabla 6. | 31 |
| Tabla 7. | 31 |
| Tabla 8. | 32 |
| Tabla 9. | 33 |
| Tabla 10. | 33 |
| Tabla 11 | 34 |
| Tabla 12. | 42 |
| Tabla 13. | 43 |
| Tabla 14. | 43 |
| Tabla 15. | 44 |
| Tabla 16 | 44 |
| Tabla 17. | 45 |
| Tabla 18. | 46 |
| Tabla 19. | 46 |
| Tabla 20. | 78 |

Lista de figuras

Figura 1. Genograma 29

Figura 2. Conceptualización cognitiva de la paciente 37

Lista de Anexos

| | |
|--------------|-----|
| Anexo 1..... | 96 |
| Anexo 2..... | 97 |
| Anexo 3..... | 100 |
| Anexo 4..... | 103 |

Introducción

En este estudio de caso, se analizará la importancia que tiene el Modelo Cognitivo Conductual (MCC) en la práctica clínica de la psicología. Esto, permitirá comprender el fundamento teórico de éste modelo en el tratamiento de la depresión. Así pues, se describirán los supuestos generales y característicos, estructura de las sesiones y el uso de técnicas, que en conjunto guían al terapeuta en la intervención clínica de casos de depresión mayor.

Este es un Estudio de Caso Único de una Adolescente de 17 años, con diagnóstico de depresión mayor, como diagnóstico principal; para este estudio de caso, se hizo énfasis en la intervención del enfoque cognitivo conductual, apropiándonos de su efectividad.

El propósito de esta investigación es describir los efectos de las diferentes técnicas de intervención cognitiva conductual, que implica el uso combinado de estrategias terapéuticas en la depresión, como son, el entrenamiento de habilidades sociales, el entrenamiento en relajación, la reestructuración cognoscitiva, la exposición en vivo, técnica de resolución de problemas, la terapia de autocontrol de Rehm y las actividades dominio y agrado mediante el uso de entrevista profunda, aplicación de pruebas, autoregistros aplicados durante el proceso del tratamiento.

La depresión mayor es un síndrome caracterizado por un estado de ánimo depresivo, a menudo acompañado de ansiedad e irritabilidad, disminución o un aumento del sueño y el apetito, pérdida del impulso sexual y una disminución general de la energía, deterioro en el plano motivacional, deseo de suicidarse, evitación de contacto social, enlentecimiento o agitación motora, pensamiento pesimista y nihilismo, y verbalizaciones desesperadas sobre sí mismo, el mundo y el futuro (Muñoz, 1998).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la depresión ocupa el tercer lugar dentro de las causas de discapacidad, antecedida por pérdida auditiva y errores refractivos (WHO, 2008). Gotlib y Hammen (2009) refieren que un estimado del 20% de la población norteamericana, experimenta un episodio clínico de depresión, alguna vez en la vida,

principalmente las mujeres. Alrededor del 20% de los adultos y del 50% de niños y adolescentes expresan síntomas depresivos, en lapsos entre 1 semana y 6 meses (Kessler y Wang, 2009).

En Latinoamérica, el estudio realizado por Khon et al. (2005) sobre la prevalencia de trastornos mentales en América Latina y el Caribe, en el que recopilaban datos de estudios comunitarios publicados entre 1980 y 2004, establece una tasa de prevalencia de 4.9% para la depresión mayor, siendo la segunda problemática con mayor prevalencia, después de la dependencia de alcohol con un 5.7%. Ortiz, López y Borges (2007) y Roses (2005) reportan que los trastornos depresivos unipolares ocupan la primera posición en América, en las problemáticas de salud mental que ocasionan mayores años de vida perdidos por discapacidad, con un 8%.

En Colombia el estudio de salud mental, realizado en 2003 por el Ministerio de Protección Social, establece una prevalencia del 15% para los trastornos del estado de ánimo, correspondiente al segundo trastorno más frecuente en la población (Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña y Gómez, 2004). De otra parte, Gómez, Bohórquez, Pinto, Gil, Rondón y Díaz-Granados (2004), a través de una encuesta aplicada a 1116 adultos con el fin de establecer la prevalencia de la depresión durante el periodo 2000-2001, encontraron que el 10% de la muestra, reportaba presencia de algún episodio depresivo durante los últimos 12 meses previos a la encuesta, y el 8.5% presentaron algún episodio durante el último mes.

Debido a estas altas tasas de prevalencia de la depresión, es necesario contar con estrategias de intervención que sean eficaces para atender este tipo de problemáticas.

Es así como, por medio del este estudio de caso único, es una oportunidad de mostrar su efectividad, basada en los aspectos conceptuales del modelo cognitivo conductual, así como la descripción del proceso de evaluación con la selección de estrategias integradoras para lograr el objetivo propuesto.

1. Justificación

Diversas publicaciones internacionales coinciden en señalar que, la frecuencia del diagnóstico de depresión ha experimentado un incremento en los últimos diez años. La depresión afecta alrededor de 121 millones de personas en el mundo.

Experiencias difíciles en la vida, cambios propios de la adolescencia y ciertos patrones personales, tales como la dificultad para afrontar el estrés, baja autoestima, abandono familiar o bajo rendimiento escolar, pueden aumentar la probabilidad de caer en depresión (Papalia, Olds & Feldman, 2009).

Lazarus y Folkman puntualizaron que, aún ante acontecimientos estresantes extremos, medios u ordinarios, la vulnerabilidad de las respuestas de los adolescentes es muy grande, ya que lo que puede ser estresante para uno, en un momento dado, no lo es para otro. No es posible definir el estrés en función únicamente de las condiciones ambientales, sin tomar en cuenta las características individuales (González y cols. 2000).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS.), se estima que los jóvenes de 10 a 24 años, representan una enorme proporción de la actual población mundial, una de cada cinco personas en el mundo es un adolescente. Dentro de la problemática que puede afectar a este grupo de edad, son prevalentes los trastornos psico-emocionales y sociales. Al menos el 20% de los jóvenes padecen alguna forma de enfermedad mental como depresión, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, comportamientos suicidas o trastornos alimentarios (OMS, 2008).

Teniendo en cuenta las estadísticas sobre la depresión en adolescentes, surge la importancia de brindar atención psicológica con un modelo terapéutico encaminado a disminuir las manifestaciones de éste, como es el caso del Modelo Cognitivo-Conductual (MCC), considerado eficaz para el tratamiento de la depresión, debido a varios estudios realizados donde se han comprobado los efectos de las técnicas cognitivo conductuales en el tratamiento de la depresión.

Desde la década de los sesenta, pueden encontrarse numerosos estudios sobre la eficacia de estas técnicas. Así, el grupo de rubies (1983) efectuó un estudio a largo plazo en el que comparaban la terapia cognitiva sola, durante 12 semanas, frente a imipramina junto con apoyo psicoterapéutico, durante otras 12 semanas ; y a su vez, compararon grupos que recibieron terapia cognitiva sola durante 12 semanas, frente a un año entero de tratamiento con imipramina, Mientras que los resultados, a los tres meses de tratamiento, fueron similares en los cuatro grupos de tratamiento, tras 9 meses de seguimiento comenzaron a objetivar más recaídas en aquellos grupos que no recibieron terapia cognitiva.

La terapia cognitiva conductual no solo ha resultado eficaz para disminuir la recurrencias depresivas, sino que también parece ser capaz de prevenir los intentos de suicidio en sujetos que han cometido un intento previo (Brown et al, 2005).

Así pues, la terapia cognitiva-conductual es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico, tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello, atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos (Yapko, 2006). En este modelo terapéutico se consideran dos elementos primordiales de intervención, el primero hace referencia a las cogniciones o pensamientos, y el segundo a las conductas que se originan a partir de creencias irracionales.

De igual forma, este estudio pretende convertirse en una herramienta pedagógica para los profesionales que inician la práctica clínica, presentando una descripción detallada sobre el uso del modelo cognitivo conductual para identificar y disminuir las manifestaciones de la depresión, para ello, presenta una serie de conceptos teóricos sobre el caso de estudio depresión mayor: sintomatología, modelos evaluativos, tratamiento y técnicas específicas; esta información puede servir como guía de intervención de los profesionales con paciente semejante al del caso de estudio.

2. Área Problemática

Actualmente, la OMS estima que el 6% de los adolescentes, entre 12 y 18 años, han sido diagnosticados con depresión, y afirma que para el año 2020, será la segunda enfermedad más incapacitante en el mundo (OMS, 2008). Además, según estudios realizados, se observa que la mayoría de trastornos depresivos no son diagnosticados ni reciben tratamiento.

La depresión de la adolescencia es igual a la de la edad adulta en severidad, la sobrepasa en autodestructividad y muestra todavía el sello característico de su concomitante con el proceso de desarrollo, el adolescente siente que todo se ha perdido y que nada puede redimirse, en consecuencia, se deprime (Nolen-Hoksema, Girjus, 1994).

Teniendo en cuenta que el objetivo principal es describir la efectividad de la terapia cognitivo conductual en la sintomatología depresiva de este adolescente de 17 años, es importante mostrar las evidencias científicas de la terapia para el trastorno depresivo mayor.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es un método de intervención que combina e integra los modelos cognitivo y conductual en una única terapia (Izal, Márquez, Losada, Montorio y Nuevo, 2003), y su efectividad ha sido mostrada a través de diferentes estudios en diferentes trastornos. Con respecto a los trastornos del estado de ánimo, principalmente el trastorno depresivo, encontramos diferentes estudios de metaanálisis que muestran efectos positivos sobre la terapia de TCC en la depresión (Peng, Huang, Chen & Lu, 2009), incluso mostrando resultados a largo plazo (Krishna et al. 2011).

Desde la introducción de la terapia cognitiva hace casi 3 décadas, se ha demostrado su eficacia en numerosos estudios que compararon la TC con sin terapia, y farmacoterapia antidepressiva. Los ensayos que demuestran la eficacia de la TC en la depresión mayor unipolar son numerosos, realizados en su mayoría bajo el régimen de doble ciego randomizado, ejecutados por distintos equipos terapéuticos y que se remontan a cerca de treinta años.

(Ortiz, A. 2013), en su investigación llamada Aplicación de la terapia cognitiva de Beck para el tratamiento de depresión en un grupo de adolescentes de 12 a 15 años, del Instituto Técnico Superior Gran Colombia de la ciudad de Quito, de octubre del 2011 a enero del 2012, tuvo como objetivo responder a la pregunta sobre cómo el modelo Cognitivo Conductual de Aaron Beck ayudó a resolver trastornos emocionales de un grupo de adolescentes de 12 a 15 años del Instituto Técnico Superior Gran Colombia de la ciudad de Quito, de octubre a enero del 2011, en un lapso temporal de 4 meses”. En dicha investigación se aplicó el cuestionario de Depresión de Beck, y se tuvo en cuenta los criterios de diagnóstico para la depresión según el DSM IV, también se tomaron en cuenta las áreas cognitiva, emotiva y conductual de los adolescentes. En esta investigación, la autora utilizó tres tipos de intervenciones: 1 cognitiva, 2 conductual y 3 grupal. Esta investigación concluyó que los pensamientos erróneos referentes a la triada cognitiva, conflictos de comunicación, sentimiento de abandono por los padres, influencia del medio y toma de decisiones equivocadas, son factores que influyen en la depresión de los adolescentes; por otro lado Ortiz Amores (2013), expuso que el tratamiento cognitivo realizado a los adolescentes con depresión, les brindo habilidades para mejorar sus conflictos, se realizó con éxito la modificación de pensamientos y creencias disfuncionales, generando así una reducción del 90% en la depresión que presentaban los adolescentes.

En el artículo de revisión Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión, realizada por (Ulloa, F. Peña, O. & Nogales, I. 2011), concluyo que la terapia cognitivo conductual es efectiva al aplicarla con niños y adolescentes puesto que, según el estudio, esta terapia reduce la gravedad de los síntomas a través del incremento de la autoestima, de la tolerancia a la frustración, de la autonomía y de la capacidad de disfrutar actividades de la vida diaria.

(Korman & Sarudiansky, 2011) realizaron un artículo al que llamaron modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión, este tenía como objetivo señalar las investigaciones sobre tratamientos para la depresión, los cuales fueran científicamente válidos y se encontraran disponibles en la actualidad, este articulo concluyo que dentro de las terapia

cognitiva conductual efectiva para el tratamiento de la depresión se encuentra, la modificación cognitiva propuesta por Beck, la terapia de la conducta planteada por Lewinsohn y Dobson en la que se realizan tres modalidades, 1, programa de actividades agradables, 2, entrenamiento en habilidades sociales, 3, curso para el afrontamiento de la depresión y la terapia cognitiva de Beck (p. 131)

Según el artículo de Ortiz Amores (2013), la terapia cognitivo conductual muestra eficacia en la respectiva intervención en un 90%, sobre todo en jóvenes menores de 18 años. Dicha efectividad se genera, puesto que esta intervención cognitivo conductual permite modificar pensamientos y conductas a través de metas terapéuticas y la interacción de las tareas realizadas por el paciente, y a su vez este modelo de intervención es el más documentado y el que mayor número de publicaciones tiene, sobre la efectividad en conductas suicidas y depresión (Alonso, L 2012)

La revisión sobre la eficacia del tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescentes, a diferencia de otros trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, como la enuresis o el negativismo desafiante donde la terapia de conducta se considera un tratamiento bien establecido, se dispone de menos información sobre su grado de eficacia en la depresión infantil y adolescente. (Chambless et al., en prensa).

La poca certeza acerca de la eficacia de los tratamientos contribuye a que los pacientes, y en ocasiones los mismos psicoterapeutas, muestren algún grado de resistencia y manifiesten dudas antes de iniciar un posible trabajo psicoterapéutico, Torres & Lara (17), por lo que es necesario que el terapeuta deba elegir las técnicas adecuadas para proveer la efectividad de la intervención (Beck, 1983).

Para poder alcanzar los objetivos propuestos, se planteó un interrogante que nos llevó a valorar los criterios establecidos en este modelo terapéutico. ¿Cómo es efectiva la Terapia Cognitiva conductual de la depresión mayor en un adolescente de 17 años?

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Describir la eficacia de la intervención cognitivo conductual en un caso único con diagnóstico de Trastorno depresión mayor, mediante los cambios observados en la línea base y proceso de intervención.

3.2 Objetivos específicos

- Describir las estrategias de intervención cognitivo conductual utilizadas un caso único de Trastorno de depresión mayor, de acuerdo al plan diseñado para determinar la efectividad en el abordaje.
- Determinar si existen diferencias significativas en los niveles de depresión, antes y después de la aplicación del programa.

4. Historia clínica del paciente

4.1 Información de identificación

La paciente M.G es una adolescente de 17 años, soltera, estudiante de primer semestre de ingeniería, religión católica, quien vive actualmente pensionada en la ciudad donde se encuentra estudiando.

4.2 Motivo de consulta

En la sesión, la paciente afirma: “me preocupa mantener la beca”, me remitieron de bienestar universitario “no estaba acostumbrada a este tipo de vida” “me ha ido mal en una materia “me siento estresada”, “me ha dado duro “, “yo entiendo pero cuando me entregan el examen no doy para hacerlo”.

Su tía reporta: “me tiene preocupada porque siempre que le da la crisis de nervios, le da por decir, que no sirve para nada, está defraudando a los papas, que quiere intentar contra su vida, llora y grita descontrolada”.

4.3 Descripción de la sintomatología

La alteración del estado de ánimo se manifiesta con una frecuencia de 3- 4 veces a la semana, en situaciones de pérdida, cuando no obtiene buenas calificaciones se siente impotente. Expresando cogniciones como “soy inútil”, cree no lograr sus metas. Recientemente al estar expuesta a una situación de pérdida significativa (la pérdida de parciales de cálculo), provocan emociones como la ira y la tristeza. La ira se hace más intensa al ver que no tiene control sobre la situación, refiere: “estudio y no veo resultados”.

La baja tolerancia a la frustración la presenta desde niña, con una tendencia a conductas impulsivas y poco medidas, sin tener en consideración la consecuencia que pueden tener dichas conductas. Una de las conductas que realiza es romper objetos cuando no logra buenos resultados, al momento de realizar sus tareas y actividades académicas.

La paciente cuando se le presenta un problema responde de manera impulsiva, siendo incapaz de ver alternativas de solución a este, presentando dificultad para generar soluciones y tomar decisiones.

Las respuestas de depresión de la paciente se manifiestan en situaciones en las que obtiene evaluaciones negativas con respecto al área académica, y se dan en tres niveles o canales: cognitivo, fisiológico y conductual. Expresa que se frustra fácilmente cuando no obtiene buenos resultados en cuanto a lo académico, esto se evidencia durante situaciones de pérdida de parciales o la obtención de notas bajas en sus asignaturas. La paciente siempre se ha destacado por ser una excelente estudiante, motivo por el cual obtuvo una beca para estudiar ingeniería.

La madre refiere que la paciente siempre ha querido ser la mejor estudiante, y se ha destacado durante todos los años de estudio. Manifiesta su preocupación por el estado de la paciente, el cual lo viene observando desde que terminó sus estudios de bachillerato. Una de las situaciones que eran motivo de preocupación, ha sido los pocos recursos económicos con que se contaba para el ingreso a su universidad; ante esta situación, la madre reporta que su estado de ánimo se afecta negativamente, Luego, al presentar las pruebas de estado, debido a los resultados obtenidos, es merecedora de una beca completa para estudiar ingeniería en una universidad privada.

El compromiso de mantener la beca ha sido su principal prioridad, desde que se mudó para la ciudad de Barranquilla donde estudia actualmente. Anteriormente vivía con sus padres y su hermana en un pueblo de Córdoba.

El obtener por primera vez bajas calificaciones, desencadena la sintomatología depresiva aislándose, la mayor parte del tiempo estudia, presenta insomnio de conciliación, irritabilidad cuando no logra lo que se plantea.

La paciente, también experimenta síntomas que incluye cambios de apetito, sueño de actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de culpa, minusvalía, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o ideación y planes o intentos suicidas. La paciente refiere que cuando terminó sus estudios de bachillerato se sentía triste debido a que sus padres no tenían los medios económicos para ingresar a la universidad, motivo por el cual se intenta suicidar tomándose varias pastillas para el dolor de cabeza, lo que le ocasiona un fuerte dolor de estómago, luego de esto aparece la culpa de haber realizado esta conducta, y no le comenta sobre esta situación a ningún miembro de la familia.

Los síntomas se mantienen la mayor parte del día, todos los días durante varias semanas consecutivas. El episodio se acompaña de un malestar clínico significativo o de deterioro social, académico y de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La paciente presenta frecuentemente llanto fácil, irritabilidad, tristeza, rumiaciones en torno a las preocupaciones por mantener la beca, y quejas de dolor (cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo) e insomnio de conciliación.

5. Identificación de problemas actuales

- P1. Alteración del estado de animo
- P2. Dificultades en la resolución de problemas.

P1. Alteración del estado de ánimo

La paciente afirma sentirse triste con una frecuencia de varias veces a la semana, el problema aparece cuando no tiene buenas calificaciones (durante este semestre pierde dos exámenes), se siente culpable de no poder hacer las cosas bien. Esta situación ha promovido en ella dudas sobre sus habilidades y suscita sentimientos de inutilidad y desesperanza: “soy inútil” “no sé qué me pasa, estudio y no veo resultados” “no voy a poder”. Aparecen pensamientos suicidas cuando no logra buenos resultados en lo académico, expresando cogniciones: “Qué sentido tiene mi vida” “, prefiero estar muerta”.

Estos pensamientos, la llevan a sentir rabia (100%), tristeza, causando respuestas fisiológicas como insomnio de conciliación y pérdida de apetito. A nivel conductual, la paciente manifiesta: rompe los platos, tira objetos, exceso de trabajo de tipo intelectual (esfuerzo mental y físico, horas sin dormir).

La paciente atiende a los acontecimientos negativos que siguen de su conducta. Ante la frustración por no obtener lo que desea de forma inmediata, aparece la irritabilidad acompañada de conductas agresivas como tirar objetos, platos, gritar. Esta conducta se había presentado durante su niñez.

Además refiere que, en el mes de junio de 2017, se tomó tres pastillas para el dolor de cabeza con la intención de atentar contra su vida, debido a que sus padres no tenían los medios económicos para enviarle a la universidad.

P3. Dificultad en la solución de problemas

Actualmente la paciente se siente frustrada al encontrarse frente al problema de la pérdida de parciales, presentando dudas de su propia capacidad para resolver el problema, expresando cogniciones, tales como: “estudio y no veo resultados”

La paciente, a lo largo de su vida cuando se le presenta un problema, responde de manera impulsiva, siendo incapaz de ver alternativas de solución y, por ende, tomar decisiones adaptativas.

La paciente refiere que siempre ha tenido dificultades para tomar decisiones, aun siendo estas sencillas de la vida cotidiana. Expresando cogniciones como: “sí, compro esto, ¿será que mi mamá se pone brava?”. Estas dudas también aparecen a la hora de realizar los exámenes “tengo la respuesta y la borro”.

Tabla 1*Análisis funcional del problema 1***P1. Alteración del estado de ánimo**

| Antecedente | | Perdida de parciales de calculo |
|-------------|-------------------------|--|
| Conducta | Rta. Cognitiva | “soy inútil” |
| | Rta. Emocional | Tristeza |
| | Rta. Motora | Aislamiento, se encierra en el cuarto |
| | /comportamental | |
| | Rta. Fisiológica | Llanto, insomnio de conciliación |
| | Consecuencia | Preocupaciones en torno a la pérdida de la beca. Esto refuerza (+) la conducta de depresión. |

Tabla 2.*Análisis funcional del problema 2***P2. Déficit del control de impulsos**

| Antecedente | | Estudia para el segundo parcial y lo pierde |
|-------------|-------------------------|---|
| Conducta | Rta. Cognitiva | “voy a perder la beca” |
| | Rta. Emocional | Ira (100 %) |
| | Rta. Motora | Tira objetos ,grita |
| | /comportamental | |
| | Rta. Fisiológica | Llanto |
| | Consecuencia | La rabia disminuye cuando tira los objetos. Refuerzo negativo (-) |

Tabla 3*Análisis funcional del problema 3***P3. Dificultades en la resolución de problemas**

| Antecedente | | Pierde el parcial del tercer corte |
|--------------|-------------------------|--|
| Conducta | Rta. Cognitiva | Voy a perder la beca |
| | Rta. Emocional | Miedo de perder la beca |
| | Rta. Motora | Aislamiento. |
| | /comportamental | |
| | Rta. Fisiológica | Insomnio |
| Consecuencia | | Aumentan sus preocupaciones en torno al tema de la beca y no sabe qué hacer. |

4.4 Historia del problema actual

La madre de la paciente señala gran preocupación por el estado de su hija, desde el año pasado viene observando una serie de comportamientos en la paciente como son, la existencia de preocupaciones en torno al estudio y sus altos niveles de exigencia en lo académico. Refiere: “ella siempre ha tratado de ser la mejor “ , “siempre se ha destacado académicamente” .

Al terminar sus estudios de bachillerato, aparecen sentimientos de tristeza y desesperanza debido a que sus padres no tienen los recursos económicos para que inicie los estudios universitarios.

Desde entonces, comienza a prepararse para las pruebas de estado con el fin de sacarse un puntaje alto y ganarse la beca, lo que incrementa sus preocupaciones.

En junio del año pasado, presenta las pruebas de estado obteniendo un puntaje alto, que la hace merecedora de ingresar a una universidad privada en barranquilla.

En febrero de este año, se traslada a la ciudad de Barranquilla. La paciente refiere no recibir buen trato por parte de su tía, que constantemente le grita llamándole la atención por cosas insignificantes. Al respecto, la madre expresa: “esa señora me la ha traumatizado toda”. Otro evento significativo es su traslado de su pueblo a una ciudad desconocida para ella, lo cual desencadena sentimientos de soledad y tristeza por no estar con sus familiares.

Al ingresar a la universidad se enfoca en obtener buenas calificaciones para mantener la beca, invirtiendo su tiempo solo para realizar actividades académicas, estudio excesivo que le provocan un malestar físico, no sale del cuarto y presenta insomnio de conciliación.

Durante el semestre pierde dos parciales de cálculo, luego de esto se incrementan sus sentimientos de vacío, inutilidad y pensamientos de autoconcepto negativo.

Comenta la paciente, que siempre ha sido “muy sensible,” se afecta con facilidad, ya sea por el sufrimiento o por problemas ajenos. En el contexto familiar cuando tenía 15 años ocurre un suceso significativo, el techo de la casa se cayó debido a las fuertes lluvias y la paciente evita que su hermana salga lastimada. Desde ese momento su hermana empezó a manifestar problemas para conciliar el sueño durante seis meses (insomnio). Al ver a su hermana en ese estado, se siente impotente de no poder hacer nada para ayudarla.

Tabla 4***Historia del problema*****Recuerdos más significativos**

| | |
|----------------|--|
| 5 años | Compañeros le hacen bullying, por su contextura gruesa. |
| 15 años | La fuerte lluvia provoca la caída del techo de la casa y la paciente evita que la hermana salga lesionada. |
| 16 años | Intento de suicidio (se toma tres pastillas) |
| 16 años | Estudia excesivamente para presentar las pruebas de estado |
| 17 años | Se gana la beca e ingresa a la universidad |
| 17 años | Cambio del pueblo a la ciudad |

4.5 Historia personal

Durante su niñez y adolescencia ha vivido con sus padres, de quien depende para su sustento. Actualmente vive en barranquilla, donde inició sus estudios universitarios.

En su infancia, a la edad de cinco años, fue víctima de bullying por parte de sus compañeros, debido a su contextura gruesa. Se caracterizó por ser una niña tímida y aislada del resto del grupo.

La madre refiere que, durante el embarazo presento un fuerte malestar emocional debido a que sus padres le reprochaban constantemente que quedara embarazada, antes del matrimonio. Ante esta situación lloraba constantemente y se deprimía.

También comenta que el parto fue atendido en condiciones normales, fue natural y a término, le dio leche materna hasta los tres meses. A los 9 meses caminaba y el control de esfínteres al año.

4.6 Historia familiar

M.G proviene de una familia de tipología nuclear, conformada por la madre de 43 años, ama de casa, la joven la describe como una persona que escucha, a quien le cuenta todas sus cosas. El padre de 50 años, la joven lo describe como un padre poco afectuoso, relación distante.

Su hermana de 15 años, la considera su mejor amiga y con quien tienen una buena comunicación.

Resalta en sus padres el sacrificio que hacen para responder, tanto a ella como a su hermana, por los gastos de la universidad y vivienda.

4.7 Historia socioafectiva

MG presentan dificultades en las relaciones interpersonales, se caracteriza por la poca sociabilidad, timidez y aislamiento. Durante su vida se ha centrado en el área académica, relegando su área social, no comparte tiempo con sus amistades, no se integra a ellas, no realiza actividades de ocio. Debido a la poca interacción con los demás presenta dificultades a la hora de establecer nuevas amistades y conversaciones con desconocidos.

4.8 Historia académica

Desde que inició sus estudios escolares se ha destacado por tener un excelente rendimiento académico, siempre ocupaba el primer puesto. Al presentar las pruebas de estado, obtiene un puntaje alto que la hace merecedora de la beca completa en la universidad.

Actualmente, cursa primer semestre de ingeniería civil. Durante este semestre ha tenido un bajo rendimiento en la asignatura de cálculo, en las otras asignaturas ha obtenido buenas calificaciones.

4.9 Genograma

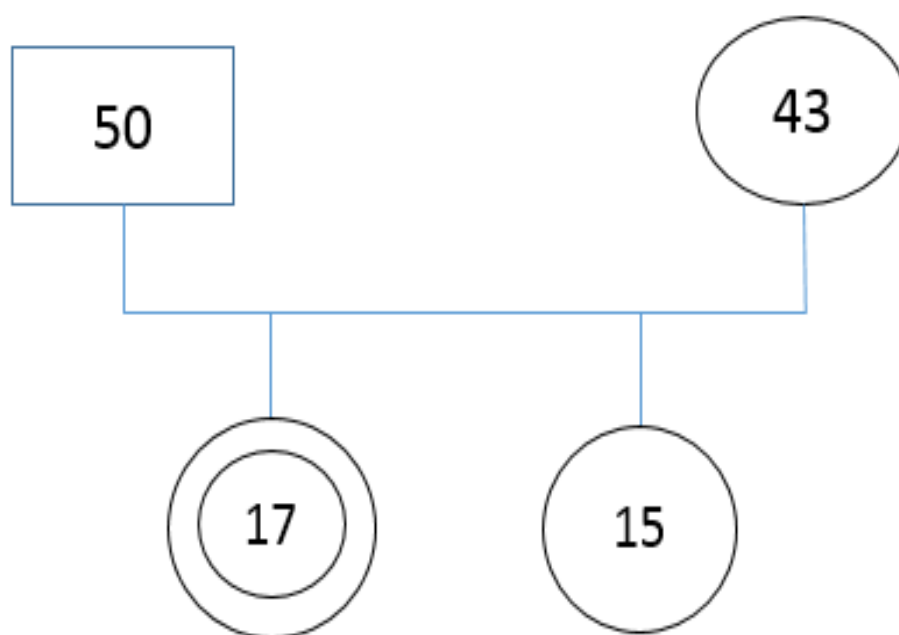


Figura 1. Genograma

4.10. Proceso de evaluación.

Tabla 5.

Áreas evaluadas e instrumentos

| Áreas evaluadas | Instrumentos utilizados |
|---|--|
| Depresión | - BDI Arrojando una puntuación de inicial 35 (depresión grave). Actual 5 (No depresión.). - Auto registro de componentes de la depresión. |
| Desesperanza. | -Escala de desesperanza de Beck una puntuación inicial 9 (riesgo moderado de cometer suicidio). Actual 0 (ninguno) |
| Distorsiones cognitivas, ideas irracionales y esquemas | - Cuestionario de esquemas de YSQL. - Auto registros. |

4.11. Resumen de evaluación y resultados

Cuestionario de Depresión de Beck: Para el diagnóstico de depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck. La primera evaluación se realizó a modo de diagnóstico, al inicio del proceso y finalmente se realizó una evaluación final.

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

Tabla 6.*Puntos de corte para realizar la evaluación*

| Estado | Puntuación |
|---------------------------|------------------|
| No depresión | 0-9 puntos |
| Depresión leve | 10-18 puntos |
| Depresión moderada | 19-29 puntos |
| Depresión grave | ≥ 30 puntos |

Los resultados presentados en el primer diagnóstico realizado, previo al tratamiento aplicado mostraron los siguientes resultados:

Tabla 7.*Resultados previo al tratamiento*

| Estado | Rangos | Porcentajes |
|-------------------------|------------------|-------------|
| Depresión Grave. | ≥ 30 puntos | 35 |

Durante la primera sesión se aplicó el Inventario de Beck para la depresión. Como se observa en la tabla anterior, se encontraron con valores superiores a 35, indicando depresión grave.

Luego de 10 sesiones y antes de finalizar la terapia, se volvió a aplicar el Inventario de Beck para la depresión, mostraron los siguientes resultados:

Tabla 8.***Resultado pos-tratamiento***

| Estado | Rangos | Porcentajes |
|----------------------|------------|-------------|
| No depresión. | 0-9 puntos | 9 |

Como se observa en la tabla anterior, se encontraron con valores de 9 puntos que equivale a no depresión del estado de ánimo.

Tras analizar los resultados, hubo una diferencia de 26 puntos entre la primera vez que se administró el Inventario de Beck para la depresión y la segunda vez. Se disminuyó la gravedad de los síntomas de insatisfacción, odio a sí misma, sentimiento de culpa, aislamiento social, pérdida del apetito, cansancio y trastornos del sueño de un rango a otro, de depresión grave a ninguna perturbación del estado de ánimo

Escala de la Desesperanza (HS): se utiliza esta escala para evaluar desde un punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que la paciente tiene sobre su futuro y su bienestar (en qué medida es pesimista), así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.

La primera evaluación se realizó a modo de diagnóstico, al inicio del proceso y finalmente se realizó una evaluación final.

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad, son los siguientes.

Tabla 9.*Punto de corte para graduar la intensidad*

| Estado | Rangos |
|---|---------------|
| Riesgo bajo de cometer suicidio. | 0-8 |
| Ninguno o mínimo. | 0-3 |
| Leve. | 4-8 |
| Riesgo alto de cometer suicidio. | 9-20 |
| Moderado. | 9-14 |
| Alto. | 15-20 |

Los resultados presentados en el primer diagnóstico realizado, previo al tratamiento aplicado, mostraron los siguientes resultados:

Tabla 10.*Resultados previo al tratamiento*

| Estado | Rangos | Porcentajes |
|-------------------------|---------------|--------------------|
| Riesgo moderado. | 9-14 | 9 |

Como se observa en la tabla anterior, se encontraron con valores de 9 puntos que equivalen a riesgo moderado de cometer suicidio.

Luego de 10 sesiones y antes de finalizar la terapia, se volvió a aplicar la escala de desesperanza de Beck para la depresión, mostraron los siguientes resultados:

Tabla 11*Resultados pos-tratamiento*

| Estado | Rangos | Porcentajes |
|--------------------------|--------|-------------|
| Ninguno o mínimo. | 0 – 3 | 0 |

Como se observa en la tabla anterior, se encontraron con valores de 0 puntos que equivalen a ningún riesgo de cometer suicidio.

4.12. Conceptualización diagnóstica y diferencial

Concluimos que la paciente M.G presenta trastorno de depresión mayor (f33.1).Además presenta un riesgo leve de cometer suicidio.

Según el DSM (2000), la característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo, inducido por sustancias, ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. El tercer dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor, indica si se trata de un episodio único (utilizado sólo para los primeros episodios) o si es recidivante. El cuarto dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor, indica el estado actual de la alteración. Si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, se indica la gravedad del episodio como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos o graves con síntomas psicóticos. Si en aquel momento no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, el cuarto dígito se emplea para indicar si el trastorno está en remisión parcial o en remisión total. Si se presenta un episodio maníaco,

mixto o hipomaniaco en el curso de un trastorno depresivo mayor, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar.

El trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad alta. Los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15 %. Los datos epidemiológicos también sugieren que las tasas de muerte en los sujetos con trastorno depresivo mayor, de más de 55 años, aumentan hasta llegar a cuadruplicarse. El trastorno depresivo mayor puede ir precedido por un trastorno distímico. También se estima que cada año, aproximadamente el 10 % de los sujetos con un trastorno distímico iniciarán un primer episodio depresivo mayor. Otros trastornos mentales se presentan con frecuencia al mismo tiempo que el trastorno depresivo mayor, (trastornos relacionados con sustancias, trastorno de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno límite de la personalidad) (DSM IV, 2000).

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

EJE I: Trastorno de depresión mayor

EJE II: Trastorno de personalidad dependiente aplazado R 46.8 (799.9)

Eje III: Ninguno

EJE IV: Sobreprotección de los padres, dificultades para adaptarse, problemas académicos, exposición a desastre, economía insuficiente.

EJE V: EEAG (41).

4.13 . Conceptualización cognitiva

Datos relevantes de la infancia

Acoso escolar 5 años

Sobreprotección

Factores heredados de depresión.

Esquema Nuclear

Creencia central de incapacidad: ““No soy capaz de hacer nada”.

Esquema de defectuosidad: “No soy capaz de hacer nada”

Esquema de valoración: “Soy fea”

Reglas/Creencias/Suposiciones Condicionales

Reglas: Es terrible cometer un error

Condicionales: “Si trabajo con esfuerzo, puedo conseguir lo que quiero”

Actitudes: Debo sobresalir en todo lo que hago.

Estrategias (s) Compensatorias (s)

Sobrecompensación: exceso de trabajo de tipo intelectual (esfuerzo físico y mental).

Cuando saca una nota baja, realiza conductas de esfuerzo de trabajos y largas horas de estudio.

| | | |
|---|--|--|
| <p>Situación 1 (ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO)</p> <p>Pérdida del primer parcial de cálculo</p> | <p>Situación 2 (problemas intrafamiliares y de pareja)</p> <p>Pérdida del segundo parcial de cálculo.</p> | <p>Situación 3 (alteración imagen corporal)</p> <p>Estudio para el último parcial de cálculo.</p> |
| <p>Pensamiento Automático</p> <p>Soy inútil”</p> <p>(R+ esquema)</p> | <p>Pensamiento automático</p> <p>“No sé qué hacer”</p> | <p>Pensamiento automático.</p> <p>“Tengo mínimo que sacar un 4.8”</p> |
| <p>Significado del P.A.</p> <p>No soy capaz (distorsión cognitiva)</p> | <p>Significado del P.A</p> <p>No soy capaz (distorsión cognitiva)</p> | <p>Significado del P.A</p> <p>No soy capaz (distorsión cognitiva)</p> |
| <p>Emoción</p> <p>Tristeza y rabia</p> | <p>Emoción</p> <p>Irritabilidad, tristeza.</p> | <p>Emoción</p> <p>Tristeza</p> |
| <p>Comportamiento</p> <p>Pasa horas estudiando (sobrecompensación), se aísla y llora (Escape).</p> | <p>Comportamiento</p> <p>Se aísla, encerrándose sola en el cuarto (Escape)</p> | <p>Comportamiento</p> <p>Tira objetos (sobrecompensación)</p> |

Figura 2. Conceptualización cognitiva de la paciente

4.14. Formulación clínica del caso

El origen de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión de los esquemas, tiene su explicación desde la infancia de la paciente.

Durante la infancia, la paciente a la edad de 10 años enfrenta la primera situación traumática (el ser víctima de bullying por los compañeros que se burlan de ella constantemente, porque es gorda), responsable de la consolidación y reforzamientos de las actitudes negativas. En la paciente aparecen cogniciones como: “soy fea”, originándose el esquema de defectuosidad que genera el estado depresivo. Los modelos cognitivos depresogenéticos de la paciente se desarrollan en la infancia, a partir de las respuestas frente a este evento estresante.

Durante la adolescencia a la edad de 15 años, se enfrenta a una segunda situación traumática, la paciente ve como el techo se cae debido a la fuerte lluvia, rápidamente evita que su hermana salga afectada (la atezca fuertemente). Ante esta situación la hermana queda en shock, la paciente le pregunta constantemente que tiene, no sabe qué hacer para que la hermana se sienta mejor, sintiéndose incapaz de manejar la situación. Ante esta situación, la hermana presenta dificultades para dormir durante seis meses. Esta situación le genera mucha tristeza a la paciente al ver a su hermana en ese estado. La paciente lloraba frecuentemente y se sentía triste al ver que la hermana no podía dormir. La sensibilidad de la paciente a esta situación y el grado de afectación en su estado de ánimo, se debe a su predisposición a la depresión por su vulnerabilidad cognitiva. Beck plantea (1967): durante la infancia las personas predispuestas a la depresión son sensibles a ciertos tipos de situaciones de vida.

Estas dos situaciones traumáticas fueron responsables de la consolidación y reforzamiento de las actitudes negativas, que incluyen y desencadenan la depresión. El estrés al que estuvo expuesto más tarde, el no tener dinero para ingresar a la universidad y recientemente, el perder los dos parciales de cálculo. El estar sometido a estas dos situaciones, que es una reminiscencia de las experiencias originales traumáticas resultando deprimido.

La paciente tiene una actitud disfuncional “soy incapaz”, cuando sucede el evento estresante relevante al esquema (pérdida de parcial) se activa el esquema negativo, lo que a su vez produce cogniciones negativas y depresión. Este esquema la lleva a recrear, inadvertidamente en su vida adolescente, aquellas condiciones de su infancia que le fueron dañinas.

De acuerdo con Beck (1987), los esquemas cognitivos depresivos asumen la forma de estándares rígidos y perfeccionistas para emitir juicios acerca de uno mismo y los otros. Se plantean que estos esquemas, llamados también actitudes disfuncionales, interactúan con eventos negativos de vida para producir depresión.

La existencia de varios eventos que activan el esquema, la paciente asume la veracidad del esquema y de esta manera tiene una influencia en el procesamiento de sus experiencias posteriores.

Los esquemas maladaptativos tempranos son patrones emocionales y cognitivos que se originan tempranamente y que se repiten a lo largo de la vida. De acuerdo a esta definición, la conducta de una persona no es parte del esquema mismo. Se plantea que la conducta maladaptativa se desarrolla como respuesta a un esquema (Young, 2003).

Desde estas perspectivas, las conductas son impuestas o motivadas por los esquemas, pero no son partes de estos. Los diferentes estilos de afrontamiento que el mismo Young plantea (compensación, evitación y abandono), pueden ser utilizados por una misma persona en diferentes situaciones y en diferentes etapas de su vida. De esta manera los estilos de afrontamiento para un esquema dado no necesariamente permanece estable en el curso del tiempo, mientras el esquema mismo sí lo hace.

A su vez, la vulnerabilidad cognitiva de la desesperanza también tiene sus orígenes en la infancia.

La paciente al ser víctima de bullying por parte de sus compañeros por su sobrepeso, como consecuencia al desgaste psicológico que provoca la continua exposición a malos tratos y al desprecio de sus compañeros, generando cogniciones como “soy fea”, instaurándose su esquema de defectuosidad.

El resultado de un proceso sistemático de violencia verbal por parte de sus compañeros, provoca que la paciente aprenda a creer que esta indefensa, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga va a resultar inútil. Utilizando un estilo de afrontamiento evitativo (aislamiento).

La paciente al estar expuesta en repetidas situaciones de incontrolabilidad, como el Bullying, presencia del huracán, no contar con los recursos económicos para ingresar a la universidad, genera en la paciente una sensación de impotencia.

Estos acontecimientos activan su creencia de “soy incapaz” y generan emociones como la tristeza. El estar expuesta a situaciones incontrolables, puede producir déficit emocional y hacerla más vulnerable ante situaciones aversivas de incontrolabilidad.

Estas situaciones llevan a desarrollar la indefensión aprendida. Esto puede conducirla a tomar malas decisiones (suicidio).

Anteriormente la paciente no había estado expuesta a riesgos de pérdidas significativos. Durante el bachillerato obtuvo un excelente rendimiento académico. Al exponerse al primer riesgo en el 2017 (realizar las pruebas de estado), inicia la sintomatología depresiva y se incrementa al estar expuesta al segundo riesgo de pérdida de la beca. Los problemas académicos o riesgos de pérdida de la beca, activan el esquema “soy incapaz”, dando lugar a la depresión.

Después de pérdida de los dos parciales de cálculo, la paciente presenta expectativas de no control de la situación. El determinante de estas expectativas, son las atribuciones peculiares que la paciente efectúa respecto a la causa de la no controlabilidad del medio (no contingencia entre sus respuesta y sus resultados). La respuesta de la paciente es el estudio excesivo. Al tener resultados como pérdida de parciales, la falta de relación entre el responder y los resultados, hace que la paciente exprese cogniciones como : “soy inútil”. Se activa la no confirmación de su supuesto personal “si trabajo con esfuerzo puedo conseguir lo que quiero” (suposición), y por ende hace la atribuciones internas a su la falta de capacidad (causa interna y estable) ignorando o minimizando la influencia de los factores situacionales como, la dificultad del examen (causa externa e inestable), mostrando una tendencia a atribuir los fracasos a causas internas.

Blaney (19779: los efectos de la indefensión se debiesen a una falta de relación entre el responder y los resultados, al hecho de que los sujetos creyesen que ellos mismos no son inteligentes. En efecto el individuo indefenso no necesariamente cree que toda respuesta posible (modelo Seligman) no tenga consecuencia alguna en el medio, si no que puede que crea que solo el mismo carece de ella (Rehm, 1977)

La teoría atribucional, afirma que cuando el sujeto cree que solo él es incapaz de controlar el medio (esto es una indefensión personal) acaecerá la pérdida de autoestima, mientras que si el sujeto cree que ni él ni nadie puede controlar el medio (indefensión universal) no habrá pérdida de autoestima.

A parte de la vulnerabilidad cognitiva existe una alta tasa de estímulos aversivos. La paciente tiene una vulnerabilidad cognitiva a la depresión. Cuando es sometida a situaciones estresante (cambio de ciudad, ingresar a la universidad, adaptarse a la ciudad, pérdida de parciales), da lugar a la aparición de síntomas depresivos, este proceso se conoce como modelo diátesis-estrés.

Los esquemas contribuyen, junto con los acontecimientos de la vida, al desarrollo del contenido cognitivo negativo a nivel de pensamientos automáticos.

Los pensamientos automáticos en las personas deprimidas son acontecimientos proximales que son coherentes con las atribuciones negativas y las expectativas sobre uno mismo, el mundo o la experiencia, y el futuro. A este nivel, las cogniciones operan conjuntamente con los acontecimientos negativos de la vida, con el estado de ánimo (malestar) y con la conducta para mantener y modificar la manifestación de una depresión existente, es decir, los pensamientos automáticos aparecen después del acontecimiento negativo y a su vez generan malestar en la paciente (estado de ánimo depresivo). Los pensamientos automáticos, los acontecimientos negativos y el estado de ánimo operan conjuntamente para mantener la manifestación depresiva existente.

4.15 Objetivos terapéuticos y plan o diseño de intervención

4.15.1 Objetivo general 1. Disminución del estado depresivo.

Tabla 12.

Objetivo terapéutico 1 del área cognitiva

Área problemática: Cognitiva

| Objetivos específicos | Plan de tratamiento | Sesiones |
|--|---|-----------------|
| Explicación sobre la depresión en la reducción de mitos y falsos conceptos, y aplicación de pruebas. | Uso de psi coeducación (mitos, concepto, tipo, curso, situaciones, etc.). | 1- 2 sesiones |
| Disminución del pensamiento depresivo en situaciones académicas. | Reestructuración cognitiva. | |
| Cambiar las creencias irracionales referidas de su incompetencia. | Debate de pensamientos: “¿Cómo ha sido tu desempeño en las otras asignaturas” | |
| Modificar autoesquemas negativos de incompetencia y defectuosidad. | “soy inútil”. “soy fea” | 2-6. |

Tabla 13.*Objetivo terapéutico 1 del área conductual***Área problemática: Conductual**

| Objetivos específicos | Plan de tratamiento | Sesiones |
|---|---|-------------|
| Incrementar el ritmo de actividades diarias del paciente, su sentido de competencia y su capacidad de disfrute. | -Programación de actividades de dominio y agrado. -Asignación de tareas graduales. -Practica de ensayo cognitivo -Juego de roles | 3 sesiones. |

Tabla 14.*Objetivo terapéutico 1 del área fisiológica***Área problemática: Fisiológica**

| Objetivos específicos | Plan de tratamiento | Sesiones |
|---|---|----------|
| Disminución de las reacciones físicas de la ansiedad. | Entrenamiento en relajación progresiva. | 4 sesión |

Área problemática: Afectiva

| Objetivos específicos | Plan de tratamiento | Sesiones |
|--|--|----------|
| Registros de las unidades subjetivas que la ayuden a manejar la depresión. | Relajación progresiva y reestructuración cognitiva. Etiquetación subjetiva. | 2-3-4. |

Tabla 15.*Objetivo terapéutico 1 del área cognitiva***4.15.2 Objetivo 2. Entrenamiento en estrategias de resolución de problemas****Área problemática: Cognitiva**

| Objetivos específicos | Plan de tratamiento | Sesiones |
|---|--|---------------|
| Debatar y discutir atribuciones erróneas en el paciente: “no sirvo para nada” | Reestructuración cognitiva de atribuciones erróneas y autocontrol. | 7 sesión |
| Disminuir los pensamientos perfeccionistas referente a las altas exigencias. | Reestructuración cognitiva. | 7 8 sesiones. |

Tabla 16*Objetivo terapéutico 2 del área fisiológica***Área problemática: Fisiológica**

| Objetivos específicos | Plan de tratamiento | Sesiones |
|--|----------------------|-------------|
| Disminuir las reacciones fisiológicas de ansiedad a la hora de tomar decisiones y buscar estrategias de solución de problemas. | Relajación muscular. | 4 sesiones. |

Tabla 17.*Objetivo terapéutico 2 del área conductual***Área problemática: Conductual**

| Objetivos específicos | Plan de tratamiento | Sesiones |
|--|--|-----------------|
| Enseñar estrategia efectiva para enfrentarse a sus problemas. | <ul style="list-style-type: none"> • Orientación general hacia el problema • Definir el problema: • Buscar alternativas de solución • Valorar las alternativas • Elegir una de ellas y ponerla en práctica | 6 sesión |
| Entrenamiento de estrategias de control de las contingencias | <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de autocontrol de remh • registro diario positivas • Desarrollar objetivos específicos, manifiestos y alcanzables • Identificar los reforzadores y administrarse estas recompensas, cuando logran sus objetivos específicos | Quinta sesión |
| Desarrollar un estilo asertivo, con el fin de aceptar la evaluación negativa debido a su baja tolerancia a la frustración. | <p>Expresar situaciones, opiniones, y afrontar las críticas.</p> <p>Realizar actividades mientras no tiene los resultados deseados.</p> | 7 sesión |

Tabla 18.*Objetivo terapéutico 2 del área afectiva***Área problemática: Afectiva**

| Objetivos específicos | Plan de tratamiento | Sesiones |
|--|--|----------|
| Lograr que la paciente diferencie conductas asertivas a la hora de no lograr sus expectativas. | Material de biblioterapia. Entrenamiento en conductas asertivas, y manejo de la no asertividad. | 7 sesión |

4.16 Curso del tratamiento**Tabla 19.***Curso del tratamiento*

| NUMERO DE SESIONES | PROCESO | OBSERVACIONES |
|-----------------------|---|--|
| Primera sesión | <p>Cuestionario de datos personales. Entrevista conductual. Explicación del modelo Cognitivo Conductual.</p> <p><i>Evaluación pretest:</i> En esta fase de la evaluación se obtiene las puntuaciones en el BDI y en la EA, antes del inicio del tratamiento (línea base).</p> | <ul style="list-style-type: none"> Remisión a valoración por psiquiatría debido a la ideación suicida identificada en consulta. Tareas: autobiografía. |

| | | |
|------------------------------|--|---|
| <p>Segunda sesión</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Evaluación de estado emocional del paciente. -Evaluación de situación problema (situación con amiga) mediante análisis funcional. -Se evaluó sus relaciones familiares y sociales. -Identificar redes de apoyo. -Aplicación del inventario de depresión (Beck). <p>Psicoeducación: se describen cuáles son los síntomas depresivos más comunes y característicos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> -El puntaje del IBD: (35) depresión grave. Escala de desesperanza (7): riesgo leve de suicidio. |
| <p>Tercera sesión</p> | <p>. El objetivo de esta sesión es el de incrementar el ritmo de actividad diario del paciente, su sentido de competencia y su capacidad de disfrute. Para ello, se trabajaran las siguientes técnicas:</p> <p>Programa de actividades (dominio-agrado):</p> <p>Asignación de tareas graduales</p> <p>Práctica de ensayo cognitivo:</p> <p>Juego de roles.</p> | <p>Valoración del dominio (grado de ejecución) y agrado (sentimientos de placer, diversión o alegría), de cada una de las actividades, se trabajan las creencias sobre inutilidad y pérdida del disfrute.</p> |

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| <i>Cuarta sesión</i> | El objetivo de esta sesión es el entrenamiento de la relajación progresiva de Jacobson. | Se trata de contraer y relajar grandes conjuntos de músculos |
| <i>Quinta sesión</i> | Entrenamiento de estrategias de control de las contingencias | <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de autocontrol de remh • registro diario positivas • Desarrollar objetivos específicos, manifiestos y alcanzables • Identificar los reforzadores y a administrarse estas recompensas cuando logran sus objetivos específicos |
| <i>Sexta sesión</i> | <p>. El objetivo de la sesión es que los pacientes aprendan una estrategia efectiva para enfrentarse a sus problemas.</p> <p><i>Resolución de problemas y toma de decisiones</i> (D'Zurilla y Goldfried)</p> <p>Orientación general hacia el problema</p> <p>Definir el problema:</p> <p>Buscar alternativas de solución</p> <p>Valorar las alternativas</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo en la universidad. • Retirar la asignatura. |
| | Esta sesión se centra en el papel de los pensamientos en general y sus características específicas dentro del | <p>Los errores que se comenten a la hora de interpretar realidad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobregeneralización • Error de evidencia • Pensamiento todo-nada |

| | | |
|--|---|---|
| Séptima sesión | <p>ámbito de los trastornos depresivos</p> <p><i>Reestructuración cognitiva</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento absolutista (valoración extremadamente negativa) • <i>Identificación de pensamientos negativos:</i> |
| Octava sesión | <p>Esta sesión tiene como objetivo el aprendizaje de estrategias cognitivas que ayuden a los pacientes a sustituir los pensamientos que les interfieren por otros más adaptativos.</p> <p>Técnicas de detención de pensamientos negativos</p> <p>Entrenamiento en desafío de pensamientos negativos</p> <p>Entrenamiento en autoinstrucciones:</p> <p>Técnicas de distracción</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Centrar la atención en el entorno (contar coches, describir objetos) • programar la agenda del día. • Cambiar de situación: llamar por teléfono, darse un baño) |
| Novena sesión a la décima sesión. | <p>El objetivo de estas sesiones es favorecer que la mejoría clínica de la paciente se consolide y mantenga de forma estable, consistente y duradera. Con tal fin se trabaja:</p> <p><i>Prevención de recaídas:</i> Se analiza cuál ha sido la evolución del problema, desde el inicio hasta la finalización del tratamiento: se resumen las técnicas aprendidas</p> <p>a lo largo de las sesiones, se atribuye la mejoría tanto al tratamiento como a la paciente, y se analiza el afrontamiento de posibles problemas futuros</p> | <p>A nivel emocional la paciente manifiesta que se siente mejor.</p> <p><i>Evaluación postest:</i> puntuaciones</p> <p>En el BDI (total 5). No depresión</p> <p>Escala de desesperanza: ningún riesgo.</p> |

5. Descripción detallada de la sesión

Sesión 2:

En esta sesión se realiza la psicoeducación del trastorno depresivo al paciente, se le explica que es la depresión, cuales son los síntomas depresivos más comunes y característicos en él y se muestra la triada cognitiva (como los pensamientos influyen en las emociones y la conducta).

Apartes de la sesión

T: Que significa para ti estar deprimido?

P: Es no querer hacer nada, se me hace difícil llevar a cabo mis actividades diarias.

T: Las personas que tienen depresión clínica generalmente tienen 5 o más de los siguientes síntomas:

- Sentirse deprimido, triste, irritable (de mal humor) casi a diario.
- No tener interés en cosas o disfrutar de las actividades que antes disfrutaba.
- Cambio de apetito y de peso (comer más o menos que de costumbre)
- Problemas para dormir
- Cambios en la rapidez en que se mueven (ya sea inquietud o moverse lentamente)
- Sentir cansancio todo el tiempo.
- Sentirse que no vale o no sirve (baja autoestima, o culpable)
- Problemas pensando, centrándose o tomando decisiones (en clase, en exámenes)
- Tener ideas de muerte o pensamientos de hacerse daño.

T: ¿comprendes?

P: Si, mucho de esos síntomas los tengo.

T: ¿Qué tipo de pensamientos te pasan por la mente cuando te sientes deprimida?

P: Soy una inútil

T: Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tu cuerpo, sobre tus acciones y pueden tener un efecto sobre tu estado de ánimo.

Por ejemplo: Vas caminando por una calle y ves a una persona que viene caminando bien rápido detrás de ti. Luce seria y te está mirando y piensas que te va a asaltar. Inmediatamente tu cuerpo, tus acciones y tu estado de ánimo reaccionan ante este pensamiento. Empiezas a sudar, se te acelera el corazón y sientes un nudo en el estómago.

Comienzas a mirar sobre el hombro y caminas más rápido. Te sientes nerviosa, temerosa.

La persona te alcanza y te pasa por el lado y continua caminando con su paso acelerado, mientras se aleja de ti piensas que quizás tiene prisa.

¿Entiendes esta parte de como los pensamientos afectan tu estado de ánimo?

P: si, no estaba consciente de esto del pensamiento son lo que generan mi depresión.

Sesión 3:

Durante la sesión se planifica con la paciente una serie de actividades para ocupar su tiempo utilizando la técnica de dominio – agrado, actividades como ir a cine, salir con sus amigas y caminar en las mañanas. Con el objetivo de contrarrestar la escasa motivación de la paciente, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas. Además, mediante la valoración del dominio (grado de ejecución) y agrado (sentimientos de placer, diversión o alegría), de cada una de las actividades, se trabajan las creencias sobre inutilidad y pérdida del disfrute.

Luego se le asignan tareas graduales a la paciente, empezando por actividades simples y objetivos fáciles de lograr (salir a caminar por la mañana), siguiendo progresivamente con actividades más complejas y objetivos más difíciles. De este modo se instaura y mantienen en la paciente la idea de sí misma como persona útil y capaz.

Seguidamente se le pide a la paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que compone la ejecución de una tarea. Con esta estrategia, se facilita que preste atención a los detalles esenciales de la actividades, se contrarresta su tendencia a divagar y se identifican posibles obstáculos (practica de ensayo cognitivo)

Por último, se lleva a cabo un juego de roles, consiste en que el terapeuta y la paciente lleven a cabo el papel asignado de la actividad de salir con un amigo.

Apartes de la intervención:

T: Entonces identificamos dos obstáculos, los pensamientos negativos y el poco tiempo que tienes para ocio debido a las actividades de la universidad. En momentos como esos es importante poner en práctica lo que hemos dicho antes. ¿Que tú le puedes contestar a ese pensamiento?

P: Tengo que sacar tiempo para mí, si hay tiempo, lo que tienes es que organizarte, este es un pretexto para no realizar las actividades.

T: Muy bien, pueda que tengas muchos trabajos en la universidad pero te queda el fin de semana, si te organizas bien puedes realizar este tipo de actividades de ocio. ¿Tú crees que puedes llevarla a cabo este fin de semana?

P: sí.

T: las actividades de ocio son importantes porque nos permiten distraernos, como en tu caso que le dedicas tanto tiempo al estudio y no sacas tiempo para ti. Esto puede afectar tu salud física y mental debido al esfuerzo que estás haciendo.

P: Si, me he dado cuenta que no duermo bien y paso con dolores en la espalda y las piernas.

T: Pues no consiste en que tienes que esperar a que te den ganas para salir, simplemente consiste en hacerlo.

P: El pensar así me impedía realizar las actividades, pero al verlo de esta forma lo intentaré este fin de semana.

T: Que te puedes decir a ti misma, antes de ir a una actividad para que te sientas mejor.

P: Que si no voy, no puedo saber si la pude haber pasado bien. Que aunque no la pase tan bien, puedo pasarla bien en otras actividades después.

Sesión 4:

Durante la sesión se le explica a la paciente la técnica de relajación progresiva. Luego, se induce a la paciente a una escena de estrés y se pone en práctica dicha técnica durante la sesión.

Apartes de la intervención:

T: Fíjate que me has contado que en varias ocasiones has perdido el control, y has tirado objetos y partido platos y esto ha tenido consecuencias negativas para ti, también en tus relaciones con otros. Cuando uno se molesta o le da coraje empieza a sentir cambios en el cuerpo. ¿Qué cosas empiezas a sentir en tu cuerpo cuando te molestas?

P: me pongo tensa, me duele la cabeza, mi corazón late mucho

T: Osea que tus músculos se ponen tensos y sientes presión en la cabeza. También puede que empieces a respirar más rápido y sientes que tu corazón late más fuerte. ¿Esto te pasa?

P: Si

T: OK, cuando tu sientas esas cosas en tu cuerpo las puedes ver como una señal que te está dando tu cuerpo de que deberías parar, evaluar la situación , tratar de calmarte y relajarte antes de hacer nada. Muchas veces cuando tenemos coraje, enseguida empezamos a tener ciertos pensamientos negativos de forma automática como es tu caso: “soy una inútil”, lo que hace provocarte más rabia y que actúes de forma agresiva.

P: Pero es que me desespero cuando no logro las cosas.

T: Recuerda que el control de tu estado de ánimo lo debes de tener tú, cuando dejas que los acontecimientos externos afecten tu estado de ánimo le estas dando control sobre ti. Para poder detener esos pensamientos y, a la vez, controlar la reacción de tu cuerpo, ayuda a aprender algunas técnicas de relajación. Cuando uno está relajado es lo opuesto a estar tenso, y cuando estamos relajados pensamos mejor y tomamos mejores decisiones. A veces no es tan fácil controlar los pensamientos negativos, una vez uno esta alterado. Por eso las estrategias de respiración y relajación te pueden ayudar. Los ejercicios que te voy a enseñar los puedes usar en cualquier momento, sobre todo los de respiración profunda. Me gustaría que pienses en una situación que te provocó mucho coraje. Ahora quiero que te fijas en lo que está sintiendo tu cuerpo. Veo que estas tensando las manos. ¿Te estas empezando a alterar?

P: Si

T: Ahora te voy a pedir que (... la terapeuta procedió a hacer el ejercicio de respiración profunda)

Sesión 6

Durante la sesión se utiliza la técnica de resolución de problemas de Zurilla y Golfried. Primeramente se trata psicoeducar a la paciente, enfatizando en que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y que es posible hacerles frente de forma eficaz (*Orientación* general hacia el problema, luego se define el problema: pérdida de asignatura), para lo cual se obtiene información relevante sobre el problema, se clarifica su naturaleza y se

establece una meta realista de solución. Seguidamente se buscan alternativas de solución al problema como sea posible (buscar refuerzo, retirar la asignatura para que no afecte el promedio). Se valoran las ventajas y desventajas de las alternativas de solución y se elige una de ellas para ponerla en práctica (buscar refuerzo)

Apartes de la intervención:

T: ¿Qué cosas en tu mundo de afuera están contribuyendo a que te sientas deprimida?

P: Me preocupa perder la beca, voy mal en calculo perdí los dos parciales.

T: Esa situación veo que te preocupa mucho... ¿Qué es lo que puedes hacer ahora sobre esa situación?

P: No sé qué hacer, lo único que quiero es no perder la beca.

T: ¿Qué alternativas tú tienes para manejar la situación?

P: Podría buscar un refuerzo en la universidad, o algún compañero que me explique para el próximo parcial.

6T: Esa es una alternativa fiable.

Sesión 8

Esta sesión se centra en el papel de los pensamientos en general y sus características específicas dentro del ámbito de los trastornos depresivos. El contenido que se trabaja es el siguiente: Durante la sesión, mediante el empleo de ejemplos idiosincrásicos de la paciente, se trata de que aprenda a identificar sus distorsiones cognitivas y sus pensamientos automáticos negativos. Se abordan los siguientes aspectos y se hace reestructuración cognitiva. Se le muestra a la paciente los errores que cometen al interpretar la realidad, y luego la paciente es capaz de identificarlos como la sobregereralización, error de evidencia, pensamiento todo – nada, pensamiento absolutista.

A su vez se le enseña a identificar los pensamientos automáticos. Se le explica que estos son ideas o imágenes estereotipadas, de aparición repentina e inintencionada (automáticos), que no son fácilmente controlables y parecen plausibles a la persona en el momento de su ocurrencia. Además, contienen términos absolutos (p.e. horrible, insoportable, imposible, etc.) y predicen acontecimientos negativos.

Apartes de la sesión

T: En todas tus asignaturas has sacado bajas calificaciones.

P: No todas, solo calculo.

T: Ah, entonces no es siempre.

P: En las otras asignaturas me va bien, tengo problemas en cálculo porque perdí los dos parciales.

T: A tus compañeros como les fue en los parciales.

P: fueron pocos los que se lo ganaron.

T: la gran mayoría del salón perdió el parcial, ¿cuál crees que fue el motivo por el cual esto sucedió?

P: supongo que es que el profesor no explica bien, anteriormente teníamos otro profesor al cual le entendíamos los temas.

T: A veces cuando tenemos este tipo de pensamientos, nos fijamos solo en las cosas negativas como es tu caso, en el parcial de cálculo que perdiste. Pero cuando flexibilizamos los pensamientos, nos damos cuenta que sí hay cosas positivas en las que nos podemos enfocar para sentirnos mejor.

6. Marco teórico

En este apartado, realizaremos una revisión teórica del trastorno de depresión mayor en adolescentes, basándose en el estudio de caso de esta investigación que es un adolescente diagnosticado con depresión mayor. Por este motivo es de mucho interés indagar sobre las causas, la etiología y las técnicas más eficaces para la intervención de este tipo de población.

6.1 Estudios previos.

Rosselló, Duarté, V. Bernal & Zuluaga (2011), en una investigación a la que denominaron ideación suicida y respuesta a la terapia cognitivo conductual en adolescentes puertorriqueños con depresión mayor, dicha investigación constaba de tres hipótesis las cuales eran: 1. la TCC reduce positivamente la severidad de la ideación suicida, 2. Las variables predictores de la ideación suicida son síntomas de depresión y desesperanza, 3. El tratamiento de la depresión tiene un impacto en la ideación suicida (p. 323). Para efectos de esta investigación se tuvieron en cuenta 121 adolescentes con trastorno de depresión mayor, con una edad promedio de 15 años, a quienes se le aplicó la Terapia Cognitiva Conductual basada en el modelo de (Muñoz y Miranda de 1986), utilizando las estrategias de “Reestructuración de pensamientos desadaptativos, identificación de sentimientos y emociones, adquisición de destrezas para la solución de problemas y para una comunicación más efectiva, fortalecimiento de redes de apoyo y la participación en actividades agradables” (p. 237). Dicha investigación concluyó en que la terapia cognitivo conductual para la depresión reduce la ideación suicida a un 10% de los adolescentes que participaron.

Ortiz, A. (2013), en su investigación llamada Aplicación de la terapia cognitiva de Beck para el tratamiento de depresión en un grupo de adolescentes de 12 a 15 años del Instituto Técnico Superior Gran Colombia, de la ciudad de Quito, de octubre del 2011 a enero del 2012,

tuvo como objetivo responder a la pregunta sobre cómo el modelo Cognitivo Conductual de Aaron Beck ayudó a resolver trastornos emocionales de un grupo de adolescentes de 12 a 15 años del Instituto Técnico Superior Gran Colombia de la ciudad de Quito, de octubre a enero del 2011, en un lapso temporal de 4 meses. En dicha investigación se aplicó el cuestionario de Depresión de Beck y se tuvo en cuenta los criterios de diagnóstico para la depresión según el DSM IV, también se tomaron en cuenta las áreas cognitiva, emotiva y conductual de los adolescentes. En esta investigación, la autora utilizó tres tipos de intervenciones: 1 cognitiva, 2 conductual y 3 grupal. Esta investigación concluyó que los pensamientos erróneos referentes a la triada cognitiva, conflictos de comunicación, sentimiento de abandono por los padres, influencia del medio y toma de decisiones equivocadas, son factores que influyen en la depresión de los adolescentes; por otro lado, Ortiz A. (2013) expuso que “el tratamiento cognitivo realizado a los adolescentes con depresión, les brindo habilidades para mejorar sus conflictos, se realizó con éxito la modificación de pensamientos y creencias disfuncionales, generando así una reducción del 90% en la depresión que presentaban los adolescentes”

En el artículo de revisión Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión realizada por Ulloa, F. Peña, O. & Nogales, I. (2011) concluyó que:

La terapia cognitivo conductual es efectiva al aplicarla con niños y adolescentes puesto que según el estudio esta terapia reduce la gravedad de los síntomas a través del incremento de la autoestima, de la tolerancia a la frustración, de la autonomía y de la capacidad de disfrutar actividades de la vida diaria. Las autoras también exponen que es necesario un seguimiento en los pacientes con depresión, para evitar las conductas de suicidio (p. 405).

En la investigación realizada por Méndez et al., (2002), denominado tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescentes ¿evidencia o promesa?, buscaba realizar un meta análisis para la eficacia del tratamiento para la depresión infantil y en adolescentes, dicha investigación

se aplicó a 863 participantes a quienes se les realizó la terapia cognitiva conductual y terapia sistémica, dicha investigación concluyó que:

El tratamiento cognitivo conductual proporciona una mejoría en la depresión de los niños y adolescentes incluyendo un ligero aumento de la autoestima y que la terapia cognitiva conductual fue más efectiva que la terapia sistémica, generando una respuesta más rápida, clínicamente mayor y una recuperación más alta en la depresión de los niños y adolescentes (p. 577).

Korman & Sarudiansky, (2011) realizaron un artículo al que llamaron modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión, éste tenía como objetivo señalar las investigaciones sobre tratamientos para la depresión, las cuales fueran científicamente válidos y se encontraran disponibles en la actualidad, este artículo concluyó que:

Dentro de la terapia cognitiva conductual efectiva para el tratamiento de la depresión se encuentra, la modificación cognitiva propuesta por Beck, la terapia de la conducta planteada por Lewinsohn y Dobson, en la que se realizan tres modalidades, 1, programa de actividades agradables, 2. Entrenamiento en habilidades sociales, 3. Curso para el afrontamiento de la depresión y la terapia cognitiva de Beck (p. 131).

En la investigación denominada tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso, realizada por Hernández, M. (2010), la cual tenía como objetivo, reducir la depresión en una madre con un hijo en condición de discapacidad a través de la terapia cognitivo conductual, para efectos de esta terapia se realizaron registros cognitivos conductuales, reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, identificación de pensamientos dañinos y agradables, desarrollo en habilidades sociales, dicha investigación concluyó que: “la terapia cognitivo conductual disminuye las manifestaciones presentes de la depresión y que por lo tanto, es efectiva antes este trastorno” (p 48).

Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente, fue un artículo realizado por Rosique, S. y Sanz, T (2013), el cual tuvo como objetivo:

Describir la efectividad de las técnicas procedentes de la terapia cognitivo-conductual para un caso de depresión mayor, distimia e ideación auto lítica persistente, en una mujer de 66 años, esta intervención cognitiva conductual se desarrolló durante tres meses, en la que se aplicó técnicas como, aumento de refuerzos y actividades, modificación del diálogo interno, detención de pensamientos, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, esto concluye que la reestructuración cognitiva permite cambiar pensamientos negativos y de culpa, por otro lado el entrenamiento en solución de problemas permite adquirir habilidades para solucionar su malestar emocional (p. 22)

En la investigación llamada la desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: análisis desde el modelo de Beck, realizada por González, J, Hernández, A. (2012) tenía como objetivo abordar la ideación suicida desde el modelo de la perspectiva de la escala de desesperanza de Beck en una población de 393 sujetos, que oscilaban entre 15 a 25 años de edad. Para llevar a cabo dicha investigación se utilizó el método cualitativo. Para efectos de la investigación los autores aplicaron la escala de desesperanza de Beck, la versión española adaptada por Aguiar, Hidalgo, Cano y Cols, la cual considera dos niveles de riesgo sobre el suicidio un alto y otro bajo. Esta investigación concluyó que “dentro de las terapias a trabajar para la ideación y conducta suicida es el adecuado manejo de emociones trabajar sobre motivación de los jóvenes, propiciar estímulos positivos frente a la vida y futuro” (p. 326).

Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva fue un artículo de revisión realizado por Toro. (2013), el cual expuso sobre conducta suicida integrando elementos como “ideas, intentos y actos auto infligidos de muerte”, deduce que esto es generado por: “cogniciones negativas autorreferentes (triada cognitiva), un procesamiento de

información selectivo, rígido y generalizado, con sesgos confirmatorios y estilos de afrontamiento pobres” (p. 93). Dicha investigación plantea que esta problemática se puede tratar con Terapia Cognitiva, ya que este enfoque ha demostrado ser efectivo frente a temáticas como, la modificación de las cogniciones negativas y estilos disfuncionales de afrontamiento.

En la investigación llamada desarrollo y evaluación de una teoría cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan, realizada por Marín, M. (2008), tenía como objetivos evaluar la efectividad de una terapia cognitivo conductual para la autolesión en adolescentes. Para efectos de esta investigación se utilizó una metodología cuasi experimental, en la que se aplicó a 20 estudiantes que presentaron conductas de autolesión, 12 en el último mes. En esta investigación se indagaron sobre los predictores de la autolesión y se le aplicaron terapias cognitivo conductuales como: terapia conductual dialéctica (TCD), terapia cognitiva asistida con manual (MACT), la cual demostró mejores resultados que la TDC; también se lleva a cabo la terapia de solución de problemas (TSP) y otras terapias cognitivo conductuales como: psicoterapia cognitivo conductual breve, auto ayuda bibliográfica, entrenamiento en habilidades para regular emociones, psicoeducación y análisis conductual. Esta investigación concluyó que “las terapias cognitivo conductuales realizadas a los adolescentes que se autolesionaban fue efectiva, ya que disminuyó la frecuencia y severidad de la conducta de autolesión”. (p. 126).

Todos los artículos e investigaciones sistematizados en el presente artículo hablan de la eficacia de la intervención cognitivo conductual para el abordaje terapéutico de la depresión, ideación y conducta suicida, planteado que la intervención cognitivo conductual disminuye la frecuencia de la depresión, conducta suicida y de autolesión Marín, M (2008).

Según el artículo de Ortiz Amores, (2013) la terapia cognitivo conductual muestra eficacia en la respectiva intervención en un 90% sobre todo en jóvenes menores de 18 años. Dicha efectividad se genera puesto que esta intervención cognitivo conductual permite modificar pensamientos y conductas a través de metas terapéuticas y la interacción de las tareas realizadas

por el paciente, y a su vez este modelo de intervención es el más documentado y el que mayor número de publicaciones tiene sobre la efectividad en conductas suicidas y depresión (Alonso, L. 2012).

Aunque para su efectividad en los adolescentes, según los artículos documentados, deben cumplir con unos requisitos tales como: “el compromiso de parte de los tutores y los adolescentes en la respectiva intervención, asignación de tareas y apoyo” (Rosselló et al., 2011)

6.2 Fundamentos teóricos y etiológicos de la Depresión mayor.

Según el DSM IV (2000) para diagnosticar un episodio depresivo mayor, se debe considerar esencialmente un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable, en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o ideación y planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto.

Antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, se indica si es leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, o grave con síntomas psicóticos. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo mayor, algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia. En los niños puede presentarse una ansiedad por separación. Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual (anorgasmia en las mujeres y disfunción eréctil en los varones). Pueden presentarse problemas matrimoniales (divorcio), problemas laborales (pérdida del trabajo), problemas escolares (ausencias, fracaso escolar), abuso de alcohol u otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias. También puede haber una alta tasa de muertes por enfermedades médicas. (DSM IV, 2000)

Las características específicas relacionadas con la cultura se exponen en el texto referente al episodio depresivo mayor. El trastorno depresivo mayor (único o recidivante), tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones.

En la edad prepuberal, los niños y las niñas están afectados en la misma proporción. Tanto en varones como en mujeres las tasas son más altas en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, mientras que tanto en hombres como en mujeres las tasas más bajas se dan en las personas de más de 65 años (DSM IV, 2000).

Curso.

El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. Los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio

está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. El curso del trastorno depresivo, recidivante, es variable. Algunas personas tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, en tanto que otras tienen episodios agrupados, e incluso otras tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que se hacen mayores (DSM IV, 2000). Algunos datos sugieren que, en general, los períodos de remisión duran más en las fases tempranas del curso del trastorno. El número de episodios previos es predictor de las probabilidades de presentar un episodio depresivo mayor posterior. Según estadísticas del DSM IV (2000) aproximadamente, se puede esperar que el 50-60 % de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, tengan un segundo episodio. Los sujetos que han tenido un segundo episodio tienen un 70 % de posibilidades de tener un tercero y los sujetos que han tenido tres episodios tienen un 90 % de posibilidades de tener el cuarto. Los episodios depresivos mayores pueden desaparecer completamente (aproximadamente en dos terceras partes de los casos). Los sujetos que presentan sólo una remisión parcial tienen más probabilidades de presentar otros episodios y de continuar con el patrón de recuperación parcial interepisódica.

6.3. Depresión en adolescentes

Un estudio del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos ha puesto de manifiesto que cuatro de cada diez adolescentes en algún momento “se han sentido tan tristes que han llorado y han deseado alejarse de todo y de todos”. En el transcurso de su adolescencia, uno de cada cinco adolescentes piensa que la vida no merece la pena vivirla y se han planteado el suicidio como una opción. Estos frecuentes sentimientos pueden dar lugar a un estado depresivo que puede no ser evidente para los demás. Los cambios en la alimentación (atracones o falta de apetito), la agresividad, el bajo rendimiento escolar, la somnolencia y las excesivas preocupaciones sobre la apariencia física pueden ser signos de malestar o discomfort emocional en los adolescentes. De forma más visible, pueden aparecer fobias y ataques de pánico (Craig & Baucum, 2009). Actualmente, la OMS estima que el 6% de los adolescentes, entre 12 y 18 años, han sido diagnosticados con depresión y afirma que para el año 2020, será la segunda

enfermedad más incapacitante en el mundo (OMS, 2008). Además, según estudios realizados se observa que la mayoría de trastornos depresivos no son diagnosticados, ni reciben tratamiento.

La depresión de la adolescencia es igual a la de la edad adulta en severidad, la sobrepasa en autodestructividad y muestra todavía el sello característico de su concomitante con el proceso de desarrollo, el adolescente siente que todo se ha perdido y que nada puede redimirse, en consecuencia, se deprime (Nolen-Hoksema, Girjus, 1994).

Los jóvenes son uno de los grupos etáreos más vulnerables de sufrir depresión, ya que en la etapa de adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social (Blum, 2000).

Según Gómez y Rodríguez (1977):

Los altos índices de depresión en adolescente pueden deberse a las condiciones socioeconómicas y políticas actuales, a altos índices de desempleo, violencia y pobreza, incertidumbre laboral y pocas expectativas ocupacionales. Otros factores de estrés durante la adolescencia incluyen la formación de una identidad, la sexualidad en desarrollo, la separación del adolescente de los padres, y la toma de decisiones por primera vez. Todo esto se suma a otros cambios físicos, intelectuales y hormonales. Estos factores de estrés son más fuertes en las mujeres, quienes presentan mayor incidencia de depresión.

La depresión infanto-juvenil constituye una situación afectiva de tristeza y se asocia a una morbilidad significativa aunque es aun infra-diagnosticada (aproximadamente dos tercios de los adolescentes con depresión clínica no están reconocidos ni tratados). Se debe realizar una evaluación diagnóstica con una buena historia clínica teniendo en cuenta el desarrollo evolutivo, los factores culturales, e incluyendo entrevistas con el niño, padres, profesores y

pediatras para que pueda ser tratada a tiempo. Las diferencias que se encuentran se deben a la intensidad de los síntomas y las consecuencias del trastorno, las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son más frecuentes durante la adolescencia. En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, por déficit de atención, de ansiedad, relacionados con sustancias, y de la conducta alimentaria (Méndez, Olivares & Ros, 2001).

El síntoma característico de la depresión es el cambio notable en el estado de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o por problemas de conducta. La depresión en la adolescencia puede presentarse como un problema transitorio y común, o como una enfermedad peligrosa que puede generar conductas autodestructivas. Se considera que el adolescente está enfermo cuando el proceso de su desarrollo biopsicosocial se altera y esto se manifiesta en conductas anormales, y alteración en sus funciones mentales (Dallal & Castillo, 2000).

La depresión ha sido asociada al Síndrome de riesgo en la adolescencia. El Síndrome de riesgo consiste en la presencia simultánea y covariada de factores de riesgo asociados a la presentación de los cuatro problemas típicos en la salud del adolescente: (a) abuso de las sustancias, (b) embarazo o iniciación sexual temprana, (c) deserción escolar o problemas de rendimiento académico, y (d) delincuencia (Blum, 2000).

En cuanto al diagnóstico clínico, cualquier persona puede sentir tristeza en un momento determinado, depende de la situación que atraviesa, para recibir el diagnóstico de un trastorno depresivo se deben cumplir los criterios diagnósticos del DSM-IV-R o CIE-10. Estas escalas de evaluación son una herramienta estandarizada que ayuda al diagnóstico, sin embargo no es la única, y debe ser considerando dentro de un proceso de evaluación psicológica que incluye además, una entrevista completa con el paciente y baterías de test psicológicos

estandarizados, seleccionados según la edad del paciente. El Inventario de Depresión de Beck, es un cuestionario autoadministrado con 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (Beck & cols., 1979).

6.4. Fundamentos teóricos y etiológicos de la depresión.

Causas de la depresión

Factores genéticos

Existe cierto riesgo a desarrollar trastornos afectivos cuando hay historial familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una vulnerabilidad biológica. Existen datos que avalan una participación genética en los trastornos afectivos, aunque no se especifica todavía el modo de transmisión. La síntesis sobre los estudios realizados hasta 1979 sugiere un factor genético, ya que la concordancia en monocigotos es de 65% frente a la de los dicigóticos que solo alcanzan el 14% (Vallejo, 2006).

“El riesgo de morbilidad en familiares de enfermos unipolares es elevado, y similar en cuanto a padres (22%) y hermanos (18.6%). En pacientes bipolares en cambio es el siguiente: padres (12.1%), hermanos (21.2%) e hijos (24.6%)” (Mendlewicz, 1988).

Factores Bioquímicos

La evidencia demuestra que la bioquímica del cerebro es un factor significativo en los trastornos depresivos. La hipótesis noradrenérgica de la depresión propuesta por Schildkraut en 1965, mantenía que los trastornos afectivos depresivos son el resultado de un déficit central de

noradrenalina (NA). Hay datos que respaldan esta teoría como la evidencia de que la acción antidepresiva-estimulante que puede conseguirse, con antidepresivos, terapia electroconvulsiva, dopa, anfetaminas, incrementan el nivel de NA, mientras que la depresión sedación está relacionada con sustancias como la reserpina, propranolol y alfa metilparatirosina, que producen disminución o bloqueo de la NA central (Vallejo, 1999). La hipótesis indolamínica defendida por Coppen en 1965 es también importante y establece que en la depresión hay un déficit de serotonina (5-HT) en el que participa el transportador de serotonina (Artigas, 1997). Las investigaciones han confirmado la relación de la baja de serotonina con la sintomatología suicidio-agresión-pérdida del control de impulsos. Sin embargo, la serotonina está implicada en la regulación de otras funciones fisiológicas, aparte del estado anímico (el apetito, el sueño, la actividad sexual, entre otros.), por lo que se han descrito trastornos de la 5-HT en una amplia gama de patologías (Vallejo, 1999).

Estresores externos

Una pérdida significativa, una relación dificultosa, problemas financieros, o un cambio importante en la vida han sido todos indicados como contribuyentes a la enfermedad depresiva. A veces el comienzo de la depresión se asocia con enfermedad física aguda o crónica. Además, algunas formas de abuso de sustancias ocurren en más de una tercera parte de personas con cualquier tipo de trastorno depresivo.

Otros factores psicológicos y sociales

Las personas con ciertas características como pensamientos pesimistas, bajo auto concepto, un sentido de tener poco control sobre los eventos de la vida, y la tendencia de preocuparse excesivamente, pueden ser más vulnerables a la depresión por las presiones a las que se enfrentan. Estos atributos aumentan el efecto de situaciones de estrés en su vida cotidiana e interfieren con la iniciativa de lidiar con los problemas y buscar alternativas. La educación inicial en fases tempranas, la sobreprotección y las expectativas del rol sexual pueden contribuir al desarrollo de esas características. Los patrones de pensamiento negativo se desarrollan

típicamente durante la niñez o la adolescencia. Algunos expertos proponen que la crianza tradicional de las niñas puede desarrollar estas características y puede ser un factor en la alta tasa de depresión en las mujeres.

6.4. Tratamiento

La psicoterapia es la primera elección de tratamiento en depresión leve y moderada, y la más utilizada es de tipo cognitivo conductual. La farmacoterapia es una elección en depresión moderada-severa, depresión psicótica y cuando no hay respuesta a psicoterapia en depresión leve-moderada. El tratamiento se considera, por tanto, multimodal (intervenciones a nivel individual, familiar, grupal y farmacológico) (Harrison, Beck & Buceta, 1984).

Psicoeducación

El objetivo de esta intervención es educar tanto a los padres y educadores como a los adolescentes acerca de la depresión como una condición biológica y que no está bajo el control del individuo únicamente, de ahí la importancia de enseñar conceptos fundamentales de manejo adecuado de emociones, solución de conflictos y hábitos funcionales nutrición, del sueño y ejercicio. La anhedonia, la falta de interés, combinado con los sentimientos de desesperanza, conducen a evitar responsabilidades sociales y académicas, lo cual hace empeora la depresión, así como el desarrollo de trastornos comórbidos como la fobia al colegio. Los pacientes con depresión deben ser estimulados para participar en las actividades normales de la vida diaria.

Psicoterapia

Las intervenciones psicoterapéuticas también forma parte del tratamiento de la depresión. Entre las terapias más utilizadas se ubican: Terapias conductivo-conductuales que reúne un grupo de tratamientos que incluyen el entrenamiento en habilidades sociales, la resolución de problemas (siendo opcional la relajación), la terapia racional emotiva, entre otros. Está orientada a que el paciente aprenda nuevas habilidades en su forma de percibir, entender y reaccionar ante

las dificultades, y así reducir la gravedad y duración de la enfermedad. La duración del tratamiento no es larga, aproximadamente 12-20 sesiones (Caro, 2006).

Terapias de grupo con el objetivo de favorecer el desarrollo de las habilidades sociales y reducir el aislamiento social del adolescente deprimido. Finalmente, las intervenciones socio-familiares que incluye a los padres y familiares. Es fundamental para los padres y cuidadores conocer la sintomatología de sus hijos, comprender sus actitudes, aceptar la enfermedad, y no reforzar las conductas negativas.

Farmacoterapia

Los psicofármacos tienen un carácter complementario y facilitador de la psicoterapia, las medidas pedagógicas, intervenciones familiares y sociales. Hay pocos estudios sobre el uso de antidepresivos en niños y adolescentes. El uso de fármacos estaría indicado en depresiones moderadas-graves cuando: La intervención psicoterapeuta no consigue una mejoría suficiente. Existen síntomas psicóticos. Si existe un alto riesgo de suicidio o el paciente se niega a recibir psicoterapia. Los inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina (ISRS) son los fármacos de elección debido a su eficacia en el trastorno depresivo, sus pocos efectos secundarios, su fácil administración y su baja letalidad. En EEUU la fluoxetina es el único antidepresivo autorizado para administrar a niños y adolescentes. Recientemente en España se ha ampliado la indicación de fluoxetina a niños mayores de 8 años y adolescentes con depresión severa-moderada que no responden a psicoterapia (Rodríguez, 2007).

Terapia cognitivo conductual

Generalidades

En la actualidad, la terapia cognitivo conductual es el modelo psicológico que más aplicaciones tiene. Numerosos trastornos se están tratando actualmente con esta terapia y el

campo de aplicación se ha ido ampliando progresivamente. Hay tratamientos específicos para los trastornos de ansiedad, la depresión, la esquizofrenia, las disfunciones sexuales, etc. Sin embargo, a pesar de su situación actual favorable, no siempre fue reconocida; tuvo que ir abriéndose camino entre las técnicas tradicionales de terapia conductual y psicoanálisis que se fueron flexibilizando paulatinamente. (Lega, Caballo & Ellis, 2002). La terapia cognitivo conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente conductas desadaptativas. El propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseada desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias nuevas, mas adaptativas (Brewin, 1996). Las terapias cognitivo conductuales comparten algunos supuestos, por ejemplo, mantienen que los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de los acontecimientos mismos y que el aprendizaje está mediado cognitivamente. Así mismo, la modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta y algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse.

Algunas de las principales características de la terapia cognitiva conductual son las siguientes (Ingram y Scott, 1990): 1. Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales. 2. Los objetivos específicos de algunos procedimientos son cognitivos. 3. Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno. 4. Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en intentos de modificar las cogniciones. 5. Se pone un notable énfasis en la verificación empírica. 6. La terapia es de duración breve. 7. La terapia requiere de la colaboración entre terapeuta y paciente. 8. Los terapeutas cognitivo conductuales son directivos. 9. El cambio de los síntomas sucede posterior al cambio cognitivo. La posición cognitiva conductual plantea que la cognición se entiende mejor en términos de estructuras cognitivas (la organización interna de información, memoria a corto y largo plazo,

almacenamiento sensorial, etc.), de contenido cognitivo (el contenido real que se almacena, conocimiento semántico, información generada internamente, creencias almacenadas, etc.), de procesos cognitivos (la manera de funcional del sistema para recibir, almacenar y transformar y gobernar la salida de información, atención, elaboración cognitiva, codificación, recuperación, etc.), y de los productos cognitivos (resultados de la manipulación del sistema cognitivo, atribuciones, imágenes, creencias a las que se ha accedido, decisiones, pensamientos, etc.) (Caro, 2006). Las estructuras y el contenido cognitivo suelen denominarse conjuntamente esquemas. Las deficiencias cognitivas y las distorsiones cognitivas sirven para explicar el funcionamiento desadaptativo del individuo.

Los seres humanos somos seres racionales que podemos procesar la información que recibimos del mundo exterior y a la cual accedemos cuando ponemos en marcha nuestros procesos de conocimiento. Tenemos la capacidad de conocer de forma precisa y correcta. Así, el conocimiento que vamos adquiriendo es válido y verdadero cuando represente adecuadamente la realidad. El proceso terapéutico de las terapias cognitivas más clásicas, como Beck o Ellis están basados sobre esa idea. Los pacientes ponen en marcha procesos erróneos, distorsionados de pensamiento, que los llevan a un conocimiento no válido. Terapeuta y paciente trabajan activamente para encontrar dichas representaciones equivocadas de la realidad de manera que con las técnicas terapéuticas el paciente logre tener pensamientos más válidos, más ajustados a la realidad, mejorando sus procesos de conocimiento (Caro, 2006). En la actualidad, la terapia cognitiva se caracteriza por los siguientes rasgos: diversidad, variedad, amplio rango de aplicación y eficacia. Los problemas de los seres humanos se entienden como conflictos de conocimiento y significado. Los terapeutas trabajan con los supuestos, premisas y actitudes de los seres humanos y con la repercusión de lo cognitivo en su bienestar. Las terapias cognitivas darán diversas respuestas al problema del significado y a los mecanismos necesarios de cambio. Por ejemplo, y de forma muy esquemática, mientras que para Ellis la meta está en desarrollar una filosofía más racional de vida, para Beck está en cambiar el procesamiento distorsionado de información. A pesar de estas diferencias, es posible encontrar fuentes comunes que dieron

origen al modelo cognitivo. Según Beck y Weishaar (1989) serían tres las principales. Por una parte, el enfoque “fenomenológico” en un sentido general y donde se destaca la filosofía estoica para la cual el punto de vista que mantenemos sobre el sí mismo y el mundo determina nuestra conducta. La famosa frase de Epicleto describe el espíritu cognitivo así como la apuesta que el modelo cognitivo hace sobre el origen y el tratamiento de los problemas emocionales. “Los hombres no se trastornan por las cosas que pasan, sino por las opiniones sobre las cosas: por ejemplo, la muerte no es terrible, porque si lo fuera, le hubiera parecido así a Sócrates, ya que la opinión sobre la muerte, que es terrible, es lo terrible” (Caro, 2006). La segunda influencia radica en la teoría estructural y en la psicología profunda, a través de la conceptualización freudiana de la organización jerárquica de la cognición en procesos primarios y secundarios. La tercera influencia se encuentra en la psicología cognitiva, como el trabajo de Kelly sobre los constructos personales o el de Lazarus sobre la primacía dada al papel de la cognición en el cambio emocional y conductual. Al margen de los temas filosóficos, lo cierto es que la terapia cognitiva se ha venido desarrollando a partir del psicoanálisis y de la terapia conductual, utilizando elementos de estas escuelas o criticándolas y proponiendo visiones alternativas. Freeman (1983) plantea que los primeros terapeutas cognitivos tomaron del modelo conductual su interés por el método científico, el foco en el cambio conductual y diversas técnicas conductuales. Por otra parte, tomaron del modelo psicodinámico la importancia de comprender el proceso y el diálogo interno. El modelo cognitivo conductual en psicoterapia, en sus inicios se pudo sintetizar con uno de sus conceptos básicos: la mediación cognitiva. Este concepto afirmaba que la respuesta, sea emocional o conductual ante los estímulos no dependía exclusivamente del estímulo, sino en gran parte de la evaluación del estímulo, de lo que la persona pensaba e interpretaba del mismo. Como ejemplo podemos citar que las personas no se deprimen por el abandono de su pareja, o por el no haber aprobado un examen, sino por lo que se dicen a sí mismos sobre eso, por lo que piensan sobre esa situación y sobre sí mismos en relación a sus objetivos y deseos, y por la visión que creen causar en los otros y en el mundo (Obst, 2008).

Terapia Cognitiva Conductual Definición y generalidades

La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basada en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata, denominada en la Terapia Cognitiva "terapia a corto plazo", consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento y producir ciertos sesgos cognitivos. La meta final, denominada "terapia a largo plazo" consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían vulnerable al sujeto, previniendo las recaídas. El proceso de la psicoterapia cognitiva supone recorrer tres etapas diferenciadas (Obst, 2008): 1. Primera etapa: conceptualización del proceso y la observación. El objetivo de esta primera etapa, es entrenar al paciente para ser un mejor observador de su conducta. Para lo cual es importante redefinir el problema presente en términos de relación pensamiento - afecto - conducta (P-A-C). Luego hay que re-conceptualizar el proceso de intervención y modificar los círculos viciosos P-A-C que mantienen el problema para hacer al sujeto menos vulnerable a ciertas situaciones y disminuir las recaídas. El primer paso consiste en evaluar los problemas que el paciente trae a consulta y conceptualizarlos en términos cognitivos-conductuales. Finalmente se hace una recogida de datos y auto observación. Se conceptualizan los problemas cognitivamente, se definen etapas y objetivos graduales de intervención y se elige un problema para auto observación al mismo tiempo que se explica al sujeto los autorregistros. Segunda etapa: generar alternativas. El objetivo de esta segunda etapa, es ayudar al paciente a desarrollar pensamientos y conductas alternativas adaptativas, incompatibles con los círculos viciosos P-A-C anteriores, mediante la aplicación de técnicas conductuales y cognitivas que serán detalladas posteriormente. Una vez que el paciente ha entendido la base del procedimiento de autor registro y la relación pensamiento-afecto-conducta, el terapeuta puede comenzar a trabajar con éste la búsqueda de alternativas cognitivas conductuales, a las interacciones problemas, las distorsiones cognitivas y los significados personales subyacentes.

Tercera etapa: mantenimiento, generalización y prevención de recaídas.

La finalidad es consolidar, mantener y generalizar los cambios logrados y disminuir la probabilidad de recaídas, mediante la atribución de los logros terapéuticos al trabajo del paciente, sobre la base de sus tareas para casa. Además se identifican con antelación situaciones de alto riesgo futuro y se desarrollan habilidades preventivas de tipo cognitivo conductual.

Estrategias de tratamiento

Una vez conceptualizados los problemas del paciente se genera un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales. Para ello el terapeuta se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas durante las sesiones y evaluadas periódicamente, se pide feedback de su entendimiento, se ensayan en consulta, y se asignan como tarea para casa. La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales. Facilitan la exploración y detección de los pensamientos automáticos y proporcionan experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades (Harrison, Beck, & Buceta 1984).

Técnicas cognitivas

El objetivo de las técnicas cognitivas es lograr que el paciente sea capaz de identificar los pensamientos que le causan problemas, así como ver otros puntos de vista alternativos de una situación que no ha considerado antes y modificar posibles errores cognitivos. A continuación un detalle de las principales técnicas cognitivas de Beck (Caro, 2006).

Psicoeducación directa: Los pacientes reciben información acerca de lo que no conocen para adquirir seguridad. Por ejemplo, información sobre la seguridad de los ascensores para un paciente con fobia.

Reestructuración cognitiva: La reestructuración cognitiva se centra primero en identificar los 49 pensamientos automáticos distorsionados. Es importante educar al paciente respecto de la forma como los pensamientos que no son sometidos a análisis en verdad perpetúan la preocupación. La reestructuración cognitiva se concentra en desarrollar múltiples perspectivas opcionales más que en el mero acontecimiento negativo temido. Al aplicar la reestructuración negativa, es importante no tratar de minimizar el carácter catastrófico de los acontecimientos temidos; por ejemplo si una paciente teme que su esposo fallezca en un accidente automovilístico de camino a casa, el terapeuta no debe intentar convencerla de que eso no es una tragedia. En cambio, esta táctica de tratamiento debe abordar la probabilidad de que ocurra el evento temido, así como las suposiciones desadaptativas acerca de la preocupación (por ejemplo “si me preocupo, todo va a estar bien”).

Descenso vertical: Mostrar al paciente peores escenarios que le permitan dimensionar sus problemas de una forma objetiva, se utilizan preguntas como: “Qué ocurriría si...”

Detección de pensamientos automáticos: Los pacientes son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de auto registros como tarea.

Reatribución: El paciente puede creer que es responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación, se buscan otras causas que pudieron contribuir a ese suceso.

Uso de imágenes: Se puede usar imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

Negación de los problemas: El paciente hace una lista de los problemas y los categoriza según su importancia. El objetivo es que se analice por que la situación no es un problema.

Comprobación de predicciones: Hacer que el paciente haga una lista de predicciones específicas para la próxima semana y haga un seguimiento de los resultados.

Técnicas conductuales

Al igual que las técnicas cognitivas, las conductuales trabajan con los síntomas principales del paciente. Algunas de las principales técnicas conductuales utilizadas en terapia cognitiva estándar (Leahy & Holland, 2000).

Programación de actividades alternativas: Se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta-problema, por ejemplo realizar actividades deportivas para reducir la agresión.

Escala de dominio/placer: El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona (utilizando escalas de 0-5).

Asignación de tareas graduadas: Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad para poder alcanzar la conducta meta.

Entrenamiento asertivo: Se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y utilice conductas que protejan sus derechos mientras respeta la de los otros.

Entrenamiento en relajación: Técnicas para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y las inhiba a través de la distensión muscular.

El orden en que se tratan los grupos musculares, el número de sesiones y el tipo de ejercicios de tensión viene recogido en el cuadro detallado a continuación:

Tabla 20. Técnica de relajación progresiva

| SESIONES | GRUPOS MUSCULARES | EJERCICIOS |
|----------|---|---|
| 1 | Mano y antebrazo dominantes Bíceps dominante Mano, antebrazo y bíceps no dominantes | Se aprieta el puño. Se empuja el codo contra el brazo del sillón. Igual que el miembro dominante. |
| 2 | Frente y cuero cabelludo Ojos y nariz | Se levantan las cejas tan alto como se pueda. Se aprietan los ojos, al tiempo que se arruga la nariz |
| 3 | Boca y mandíbulas | Se aprietan los dientes mientras se llevan las comisuras de la boca hacia las orejas. Se aprieta la boca hacia afuera. Se abre la boca |
| 4 | Cuello | Se dobla hacia la derecha Se dobla hacia la izquierda. Se dobla hacia delante. Se dobla hacia atrás |
| 5 | Hombros, pecho y espalda | Se inspira profundamente manteniendo la respiración, al tiempo que se llevan los hombros hacia atrás intentando que se junten los omóplatos |
| 6 | Estómago | Se mete hacia adentro conteniendo la respiración. Se saca hacia afuera conteniendo la respiración. |
| 7 | Pierna y muslo derecho | Se intenta subir con fuerza |

| | | | |
|---|-------------------------------------|-------------|--|
| | Pantorrilla | Pie derecho | la pierna sin despegar el pie |
| | Pierna, pantorrilla y pie izquierdo | | del asiento (o suelo). Se dobla el pie hacia arriba tirando con los dedos, sin despegar el talón del asiento (o suelo). Se estira la punta del pie y se doblan los dedos hacia adentro. Igual que el derecho |
| 8 | Secuencia completa de músculos | | Sólo relajación |

Fuente: Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta (Caballo, V) Elaborado por: Viviana Parra

Antes de comenzar la secuencia de ejercicios de tensión-relajación, se le pide al paciente que deje que sus ojos se le vayan cerrando, y que se relaje. Después de 1 o 2 minutos comienza la secuencia de ejercicios, para lo que se sigue una guía relativamente estandarizada.

Ensayo conductual y rol playing: Se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad, y mediante modelado y ensayo de otras conductas, se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.

Exposición en vivo: el paciente se enfrenta de modo más o menos gradual a las situaciones temidas sin evitarlas, hasta que modifica sus expectativas atemorizantes y termina por habituarse a ellas.

Visualización: Enseñar a los pacientes a usar imágenes placenteras para distraerse del pensamiento negativo e inducir la relajación.

Entrenamiento en habilidades sociales: Entrenar a los pacientes en las habilidades necesarias para conocer gente, iniciar nuevas conversaciones, ir a entrevistas de trabajo, etc.

Terapia de resolución de problemas: Los pacientes con depresión a menudo no saben qué más hacer, aparte de inquietarse. Por ello la terapia de resolución de problemas (D´Zurilla, Nezu, 1999), misma que pone hincapié particular en ayudar a los pacientes a que definan mejor sus problemas y en generar soluciones alternas, contribuye a que establezcan respuestas de afrontamiento más adaptativas. Este componente incluye todas las conductas de solución de problemas, los cuales el terapeuta debe presentar brevemente los elementos clave de cada paso conductual, procediendo con los 4 pasos siguientes: 1º Definir el problema : incluye la descripción de problemas y objetivos personales con objetividad, especificidad y claridad. La definición del problema tiene que proporcionar información que optimice la actuación en las siguientes etapas del proceso de solución de problemas, pero excluye la información que se refiera a la intolerancia ante la incertidumbre o ante la activación. 2º Generar soluciones alternativas: implica que se proporcionen ideas, eliminando las críticas, se favorece la expresión incontrolada de ideas. 3º Tomar una decisión: consiste en evaluar de forma realista las probables consecuencias de cada solución generada, con el fin de determinar la mejor estrategia para la situación particular. 4º Llevar a la práctica la decisión y evaluar la solución: implica principalmente la observación y el registro de las consecuencias de las acciones. Si el resultado no es satisfactorio, el paciente empieza de nuevo e intenta encontrar una solución mejor. Si el resultado es satisfactorio, finaliza el proceso de solución de problemas.

Técnica de autocontrol: El programa de Autocontrol para la depresión de investigaciones en los últimos 17 años. (Caballo, 2008). El Modelo de autocontrol para la Depresión, (Rehm, 1977) fue el producto de los intentos para proporcionar un amplio marco conceptual en la consideración de la depresión como un trastorno complejo, con una serie de importante dimensiones psicológicas. Fue un intento para integrar, bajo un marco conceptual, factores que se habían identificado como componentes significativos de la depresión varias teorías contemporáneas cognitivo- conductuales de la depresión. El artículo de 1997 adaptó el modelo de Kanfer sobre el autocontrol proponiendo que la gente que está deprimida o que es vulnerable a la depresión se caracteriza por alguna combinación de 6 déficits específicos, en el autocontrol

de la conducta. Estos componentes psicológicos de la depresión tienen lugar en las conductas de autoregistro, de autoevaluación y de auto reforzamiento de la siguiente manera: 1. Las personas deprimidas atienden selectivamente a los acontecimientos negativos de sus vidas, con la exclusión relativa de los sucesos positivos, de forma parecida a la idea de Beck, sobre la abstracción selectiva, la idea es que la gente deprimida pone su atención en la vigilancia de experiencias o acontecimientos negativos. 2. Las personas deprimidas atienden selectivamente a las consecuencias inmediatas, y no a las demoradas de su conducta. Como un componente de la dificultad general para trabajar en objetivos a largo plazo, las personas deprimidas se encuentran más afectadas por sus necesidades emocionales inmediatas y tienen dificultades para centrarse en la gratificación demorada de una conducta que necesita más esfuerzo. 3. Las personas deprimidas establecen exigentes patrones para evaluación de su conducta. La gente deprimida es, a menudo, perfeccionista y ve que su conducta nunca es tan buena como debería ser. Estos patrones están representados a veces por objetivos de “todo o nada” (es decir, la conducta o es perfecta o es un fracaso) y a menudo son mucho más elevados para la persona en cuestión que cuando se aplican a los demás. La conducta de autoevaluación se encuentra moderada por la autoatribución, en el modelo adaptado. Con el fin de evaluar una conducta como buena o mala y sentir orgullo o vergüenza, la persona tiene que construir la conducta como internamente controlada. 4. Las personas deprimidas tienden a hacer atribuciones internas en el caso de acontecimientos negativos y atribuciones externas en el caso de sucesos positivos. Con la reformulación atribucional del modelo de indefensión aprendida sobre la depresión (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), el modelo ha incorporado la idea de un estilo atribucional depresogénico, que incluye las dimensiones atribucionales de estables- inestables y globales-específico. Como consecuencia de lo anterior. 15 5. Las personas deprimidas se administran así mismas recompensas contingentes, insuficientes. Se supone que la autorecompensa complementa a la recompensa externa, para motivar a la conducta hacia objetivos a largo plazo, conducta que es la más deficiente en la depresión. Mientras que en la teoría de Lewinsohn sobre la depresión se centra en la pérdida o falta de refuerzo positivo proveniente del ambiente y contingente a la respuesta, el modelo presente enfatiza a la falta de

suplemento autoadministrado al reforzamiento externo. 6. Las personas deprimidas se administran así mismas un autocastigo excesivo. La conducta esta inhibida y falta la iniciativa debido a las consecuencias contingentes de una autocrítica y una culpa excesiva. Empleando este modelo como base el autor ha desarrollado un programa de terapia que aborda cada déficit secuencialmente, que ensena los principios básicos a las personas con depresión y que asigna tareas para la casa con el fin de producir cambios en su conducta en cada área específica. El programa está organizado en un formato grupal con un orden del día estructurado para cada sesión. La mayoría de las sesiones comienzan con una revisión de las tareas para la casa asignada en la última sesión y una discusión general sobre las experiencias relevantes y de los problemas de la vida. Se presentan un nuevo principio o idea cada dos semanas y los pacientes participan en alguna clase de ejercicio de papel y lápiz durante la sesión con el fin de ayudar a que comprendan el principio. Le sigue la asignación de la tarea para casa que implica que el sujeto se centre en un objetivo específico de autoregistro dentro de un formato de autoregistro continuo. El programa se compone de doce sesiones de una hora y media cada una, una vez a la semana. El periodo de doce semanas permite cierta flexibilidad para aumentar el tiempo que se dedica a algunos temas y/o para que los participantes continúen con el programa un par de semanas más después de haber sin finalizado las doce sesiones y sin incluir nuevas tareas para casa. El programa ha sido objeto de estudio de una serie de estudios realizados por el autor y otros investigadores. La descripción del programa que viene a continuación sigue la versión más reciente desarrollada a partir de la experiencia con muchos grupos de terapia que discurren por estos causes de la investigación. (Cavallo, 2008)

7. Análisis del caso e Interpretación

Este estudio de caso pretende describir la evolución de una adolescente diagnosticada con depresión mayor, tras la aplicación de técnicas cognitivo conductuales como: la técnica de dominio y agrado, reestructuración cognitiva, la técnica de autocontrol de Remh, entrenamiento en relajación progresiva y la resolución de problema de Lazarus.

El objetivo principal de la terapia cognitiva de la depresión es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión terapéutica y entre las sesiones.

El terapeuta cognitivo colabora activamente con el paciente en la exploración de sus experiencias psicológicas, y en la elaboración de programas de actividades y de tareas para realizar en casa (Beck).

Entre las técnicas conductuales se pueden mencionar las siguientes: programación de actividades, asignación de tareas graduales, cuestionario de dominio y agrado, práctica cognitiva y entrenamiento en asertividad y role-playing.

Entre las técnicas cognitivas se encuentran: registro de cogniciones, reatribución, registro de pensamientos inadecuados, búsqueda de soluciones o alternativas y empleo de contador de pulsera.

De acuerdo a las investigaciones , las intervenciones efectivas para el abordaje de la depresión se encuentran: el análisis de las distorsiones cognitivas con el objetivo de estructurar técnicas que modifique las percepciones erróneas, reduciendo los sentimientos negativos (Villalobos, S, Murcia, D, González, Y et al 2008), también se debe tener en cuenta el incremento de la autoestima, de la tolerancia a la frustración, de la autonomía y la capacidad de

disfrutar actividades de la vida diaria (Ulloa-Flores et al., 2011), otra de las intervenciones efectivas en el tratamiento de la depresión es la modificación cognitiva propuesta por Beck, la terapia de la conducta planteada por Lewinsohn y Dobson en la que se realizan tres modalidades, 1. Programa de actividades agradables, 2. Entrenamiento en habilidades sociales, 3. Curso para el afrontamiento de la depresión y la Terapia Cognitiva de Beck.

(Korman & Sarudiansky, 2011) realizaron un artículo al que llamaron modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión este tenía como objetivo señalar las investigaciones sobre tratamientos para la depresión los cuales fueran científicamente válidos y se encontraran disponibles en la actualidad, este artículo concluyo que dentro de las terapia cognitiva conductual efectiva para el tratamiento de la depresión se encuentra, la modificación cognitiva propuesta por Beck, la terapia de la conducta planteada por Lewinsohn y Dobson en la que se realizan tres modalidades, 1, programa de actividades agradables, 2. Entrenamiento en habilidades sociales, 3. Curso para el afrontamiento de la depresión y la terapia cognitiva de Beck (p. 131).

Korman, G y Sarudiansk , plantea que dentro su investigación fueron efectivas las intervenciones de, valoración de domino y placer, asignación gradual de tareas, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, detección del pensamiento, solución de problemas, reorganización cognitiva, distorsiones cognitivas del procesamiento de la información, la triada cognitiva.

El objetivo principal de este trabajo consiste en describir la efectividad de las técnicas procedentes de la terapia cognitivo-conductual para un caso de depresión mayor, en un adolescente de 17 años , en esta intervención cognitiva conductual se aplicó técnicas como, aumento de refuerzos y actividades, reestructuración cognitiva,entrenamiento en relajación progresiva, resolución de problemas, terapia de autocontrol de Remh. Se escogen estas técnicas

debido a la gran evidencias que soporta su eficacia en la intervención de la depresión, además de su nivel de adaptación a las necesidades del paciente.

Una de las técnicas conductuales utilizadas para el tratamiento de intervención de este caso, es la técnica de resolución de problemas y la terapia de autocontrol de Rehm. La mayoría de las psicoterapias para tratar la depresión implícitamente enseñan a los pacientes a mejorar su capacidad para resolver los problemas (Nezu y Perri 1989), que deriva de la técnica de solución de problemas (D’Zurilla y Nezu, 1982), se dirige a manejar directamente los déficits en las habilidades para solucionar problemas. Además, es bien conocido que el estrés psicosocial, ya sea producido por acontecimientos vitales o por sucesos cotidianos, puede producir una depresión (Nezu, 1986). Las personas que poseen habilidades adecuadas para manejar las situaciones difíciles, que van ocurriendo a lo largo de sus vidas, es mucho menos probable que se deprimen que aquellas que no tienen las destrezas necesarias para resolver sus problemas interpersonales y sociales (Nezu, 1986; Sigmon, y Trask, 1996). Tras la aplicación de esta técnica, la paciente es capaz de buscar alternativas de solución, valorar las alternativas y tomar decisiones.

Entre las técnicas cognitivas aplicadas esta la reestructuración cognitiva. En esta intervención se inicia con el paciente la búsqueda de oposición sobre los pensamientos negativos y los supuestos en los que se basan los pensamientos negativos, buscando las pruebas de las creencias negativas del adolescente y buscando interpretaciones alternativas.

Otra técnica utilizada es la relajación progresiva. Antes de comenzar la secuencia de ejercicios de tensión-relajación, se le pide a la paciente que deje que sus ojos se le vayan cerrando, y que se relaje. Después de 1 o 2 minutos comienza la secuencia de ejercicios. Se trata de contraer y relajar grandes conjuntos de músculos.

Entre las técnicas conductuales aplicadas en este proceso se utilizaron la programación de actividades, la asignación de tareas graduales, la práctica cognitiva y role-playing/ representación de papeles. La programación de actividades se aplicó inicialmente explorando las actividades diarias en las que participaban la paciente, se empezó a realizar la valoración del dominio (grado de ejecución) y agrado (sentimientos de placer, diversión o alegría), de cada una de las actividades, se trabajan las creencias sobre inutilidad y pérdida del disfrute. Dicha técnica propició la disminución de inactividad en la paciente.

Con respecto a la técnica de asignación de tareas graduales, cabe mencionar que la misma resulta valiosa para asegurar que la mejoría del paciente se mantiene después de terminar las sesiones y en última instancia el tratamiento.

Los resultados fueron satisfactorios para M.G, se logró disminuir las respuestas depresivas tras la aplicación del programa de actividades (dominio-agrado) y asignación de tareas graduales. La paciente logra incrementar el ritmo de actividad diario. Su sentido de competencia y su capacidad de disfrute.

La aplicación de técnicas cognitivo conductuales (resolución de problemas y la terapia de autocontrol de Rehm) permitió disminuir los sentimientos de depresión, acortar el tiempo que la persona pasa sintiéndose deprimida y se logró la prevención de recaídas al aportarle estrategias de afrontamiento para hacer frente a la depresión y poder tener un control sobre esta.

8. Discusiones y conclusiones

A nivel internacional, diversas investigaciones señalan claramente la efectividad de las intervenciones cognitivo – conductual en la depresión (Echeburúa y Corral, 2001; Norcross, 2002; Mustaca, 2004). De esta forma, la psicoterapia cognitivo – conductual ha sido una de las más empleadas a nivel mundial, mostrándose eficaz y aplicable en problemas del área de la salud mental, como la depresión y ansiedad. (Knight y Satre, 1999; Landreville, Landry, Baillargeon, Guerette y Matteau, 2001).

En la investigación realizada por (Méndez et al., 2002), denominado tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescentes ¿evidencia o promesa?, buscaba realizar un meta análisis para la eficacia del tratamiento para la depresión infantil y en adolescentes, dicha investigación se aplicó a 863 participantes, a quienes se les realizó la terapia cognitiva conductual y terapia sistémica. Dicha investigación concluyó que el tratamiento cognitivo conductual proporciona una mejoría en la depresión de los niños y adolescentes, incluyendo un ligero aumento de la autoestima y que la terapia cognitiva conductual fue más efectiva que la terapia sistémica generando una respuesta más rápida, clínicamente mayor y una recuperación más alta en la depresión de los niños y adolescentes (p. 577).

El Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente fue un artículo realizado por (Rosique, S. Y Sanz, T 2013), el cual tuvo como objetivo describir la efectividad de las técnicas procedentes de la terapia cognitivo-conductual para un caso de depresión mayor, distimia e ideación auto lítica persistente, en una mujer de 66 años. Esta intervención cognitiva conductual se desarrolló durante tres meses, en la que se aplicó técnicas como, aumento de refuerzos y actividades, modificación del diálogo interno, detención de pensamientos, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, esto concluye que la reestructuración cognitiva permite cambiar pensamientos negativos y de culpa, por otro lado el

entrenamiento en solución de problemas permite adquirir habilidades para solucionar su malestar emocional (p. 22)

Este trabajo tiene como objetivo general “Describir la efectividad del tratamiento cognitivo conductual de la depresión mayor, en un adolescente de 17 años”. Para efectos de la investigación se aplicó el Inventario de Depresión de Beck, obteniendo una disminución significativa en la sintomatología depresiva, lo que permite llegar a la conclusión que las técnicas aplicadas (Reestructuración cognitiva, programación de actividades de dominio y agrado, entrenamiento en relajación progresiva, terapia de autocontrol de Remh, técnica de resolución de problemas) demostraron su efectividad en el tratamiento de la depresión mayor.

Con los datos señalados se puede dar por logrado el primer objetivo de la intervención. Los resultados del presente estudio concuerdan además con los obtenidos en su revisión sobre la evidencia del tratamiento psicológico para la depresión infantil y adolescente, quienes concluyen que la terapia cognitivo-conductual es la que obtiene mejores resultados.

En lo que respecta a las técnicas cognitivas conductuales aplicadas durante el proceso terapéutico se encuentran: reestructuración cognitiva, programación de actividades de dominio y agrado, entrenamiento en relajación, terapia de Remh y resolución de problemas.

Remh (1977, citado en Caballo 2006), rescata la importancia de emplear técnicas encaminadas a enseñar al paciente a que pueda autoevaluarse, autoregistrarse y autoreforzarse mediante actividades que impliquen el registro diario, graficar y/o anotar las experiencias del día y evaluar su propio estado de ánimo, con la finalidad de que el paciente se permita vislumbrar el cambio que obtiene durante el proceso de intervención.

La técnica de reestructuración cognitiva ayuda a la paciente a tomar conciencia de sus distorsiones cognitivas, se emplea el registro de pensamientos inadecuados. Inicialmente se

observó que a la paciente se le dificultaba construir una respuesta racional debido a que sus distorsiones eran reflejas. Conforme fue transcurriendo el proceso terapéutico, los registros que la paciente llevaba semana tras semana fueron mostrando un dominio cada vez mayor en el control de sus cogniciones negativas.

Entre las técnicas conductuales aplicadas en este proceso se utilizaron la programación de actividades, la asignación de tareas graduales, la práctica cognitiva y role-playing/ representación de papeles, la resolución de problemas.

La programación de actividades se aplicó inicialmente, explorando las actividades diarias en las que participaba la paciente, se empezaron a detectar la falta de actividades de ocio dentro de su plan diario, debido a su estricto horario de estudio. Se le explica a la paciente que esto provoca el aumento de sentimientos de ansiedad y tristeza, debido a la falta de refuerzos positivos; por ello, se les sugirió que incluyeran actividades que les resultaran agradables. Entre las actividades que la paciente incluyó, se pueden mencionar, salidas con amigas, hacer ejercicios y conductas de auto cuidado.

El Modelo de autocontrol para la Depresión, (Rehm, 1977) fue el producto de los intentos para proporcionar un amplio marco conceptual en la consideración de la depresión como un trastorno complejo, con una serie de importantes dimensiones psicológicas. Fue un intento para integrar, bajo un marco conceptual, factores que se habían identificado como componentes significativos de la depresión por varias teorías contemporáneas cognitivo- conductuales de la depresión. En general, durante el proceso de aplicación de esta técnica se logró enseñar a la paciente habilidades como: el automonitoreo, la auto-evaluación y el auto-reforzamiento.

Otra de las técnicas utilizadas para el tratamiento de intervención de este caso, es la técnica de resolución de problemas. La mayoría de las psicoterapias para tratar la depresión implícitamente enseñan a los pacientes a mejorar su capacidad para resolver los problemas

(Nezu y Perri 1989), que deriva de la técnica de solución de problemas (D’Zurilla y Nezu, 1982). Al aplicar esta técnica se dirige a manejar directamente los déficits en las habilidades para solucionar problemas de la paciente, logrando que esta sea capaz de buscar alternativas de solución, valorar las alternativas y tomar decisiones.

Al describir las técnicas cognitivo conductuales que se utilizaron para la intervención de este caso, se da respuesta al objetivo: “Describir las estrategias de intervención cognitivo conductual utilizadas en un caso único de Trastorno de depresión mayor, de acuerdo al plan diseñado para determinar la efectividad en el abordaje”.

Durante la primera sesión se aplicó el Inventario de Beck para la depresión. Como se observa, se encontraron con valores superiores a 35, indicando depresión grave (rango > 30)

Luego de 10 sesiones, y antes de finalizar la terapia, se volvió a aplicar el Inventario de Beck para la depresión, mostraron los siguientes resultados: Como se observa en la tabla anterior se encontraron con valores de 9 puntos, que equivale a no depresión (rangos 0-9 puntos) Tras analizar los resultados, hubo una diferencia de 26 puntos entre la primera vez que se administró el Inventario de Beck para la depresión y la segunda vez. Se disminuyó la gravedad de los síntomas de insatisfacción, odio a sí misma, sentimiento de culpa, aislamiento social, pérdida del apetito, cansancio y trastornos del sueño de un rango a otro, de depresión grave, a ninguna perturbación del estado de ánimo.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck para la depresión, se puede confirmar que, sí existe una diferencia significativa en las medias de los índices de depresión de la paciente antes y después de participar en el programa. Son indicadores significativos que muestran que la intervención realizada, si alcanza logros significativos en el objetivo: “Determinar si existen diferencias significativas en los niveles de depresión, antes y después de la aplicación del programa”.

Este caso clínico aporta una evidencia más de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para la depresión en la adolescencia tardía; en concreto, en este caso se ha constatado la eficacia de la terapia cognitiva de Beck (1979) para la depresión, incluyendo componentes como la activación conductual, la reestructuración cognitiva, el trabajo con las distorsiones cognitivas y las actividades agradables.

Referencias

- Alarcón B. E (2014). *Depresión en estudiantes universitarios: una realidad indeseable*. Recuperado de: <https://books.google.com.co/books?id=SHWTAwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Depresi%C3%B3n+en+estudiantes+universitarios:+una+realidad+indeseable&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiux6X3rJPdAhXMt1kKHQ3aCl4Q6AEIJzAA#v=onepage&q=Depresi%C3%B3n%20en%20estudiantes%20universitarios%3A%20una%20realidad%20indeseable&f=false>
- Álvarez Z. M., & Marín C. A. (2011). *Depresión e ideación suicida en estudiantes de la fesi: un estudio piloto*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 14(4). Recuperado de: Retrieved from <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/28911>
- Beck J. (1960). Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización. Recuperado de: [https://books.google.com.co/books?id=7EHjCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=-%09Beck+Judith+\(1960\).Terapia+cognitiva:+conceptos+b%C3%A1sicos+y+profundizaci%C3%B3n.&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjtnyczrPdAhUFq1kKHUtQDEsQ6AEIJzAA#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?id=7EHjCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=-%09Beck+Judith+(1960).Terapia+cognitiva:+conceptos+b%C3%A1sicos+y+profundizaci%C3%B3n.&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjtnyczrPdAhUFq1kKHUtQDEsQ6AEIJzAA#v=onepage&q&f=false)
- Beck J. (1995) Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización. Recuperado de: [https://books.google.com.co/books?id=7EHjCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=-%09Beck+Judith+Terapia+\(1995\)+Terapia+cognitiva+conceptos+básicos+y+profundización.&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj9_O2iqZPdAhVI0FkKHVqvC2MQ6AEIJzAA#v=onepage&q=-](https://books.google.com.co/books?id=7EHjCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=-%09Beck+Judith+Terapia+(1995)+Terapia+cognitiva+conceptos+básicos+y+profundización.&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj9_O2iqZPdAhVI0FkKHVqvC2MQ6AEIJzAA#v=onepage&q=-)

%09Beck%20Judith%20Terapia%20(1995)%20Terapia%20cognitiva%20conceptos%20básicos%20y%20profundiz

Boletín de Salud Mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles Bogotá (D.C.), marzo de 2017. P.P 8 recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

Ceballos G. A., Suarez C. y otros (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. DUAZARY. 12(1), 15- 22.Retrieved from Recuperado de: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1394/895>

Fefegrad Mark, Zaretsky Ari, Maunder Robert (2003). Psychotherapy Essentials to go: cognitive Benavioral Theray for depression. Recuperado de: <https://books.google.com.co/books?id=YvBSLXG93mAC&printsec=frontcover&dq=Psychot herapy+Essentials+to+go:+cognitive+Behavioral+Therapy+for+depression&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjqp4Lrr5PdAhXHlKlKHQ3PBGcQ6AEIKjAA#v=onepage&q=Psychotherapy%20Essentials%20to%20go%3A%20cognitive%20Behavioral%20Therapy%20for%20depression&f=false>

Jervis G. y González G. (2015). *La depresión: dos enfoques complementarios*. Recuperado: <https://books.google.com.co/books?id=DGDnf2SQIdAC&printsec=frontcover&dq=La+depre si%C3%B3n:+dos+enfoques+complementarios&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjuosfurpPdAhUqtIkKHTnmAWAQ6AEIJzAA#v=onepage&q=La%20depresi%C3%B3n%3A%20dos%20enfoques%20complementarios&f=false>

- Moreno C. A.(2018). *La depresión y sus máscaras: Aspectos terapéuticos*. Recuperado de:
[https://books.google.com.co/books?id=Yvp51Web9JsC&printsec=frontcover&dq=-+Moreno+Chinchilla+Alfonso+\(2018\).La+depresi%C3%B3n+y+sus+m%C3%A1scaras:+Aspectos+terapeuticos.P.P&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjDoaG0qJPdAhXMuFkKHZQpBmYQ6AEIRjAF#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?id=Yvp51Web9JsC&printsec=frontcover&dq=-+Moreno+Chinchilla+Alfonso+(2018).La+depresi%C3%B3n+y+sus+m%C3%A1scaras:+Aspectos+terapeuticos.P.P&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjDoaG0qJPdAhXMuFkKHZQpBmYQ6AEIRjAF#v=onepage&q&f=false)
- Oblitas L. (2019). *Psicología de la salud*. Health psychology. Recuperado de:
https://books.google.com.co/books?id=LXR_dkV_XNcC&printsec=frontcover&dq=Psicolog%C3%ADa+de+la+salud+,Health+psychology&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj0vZDUrZPdAhUPq1kKHSExCfkQ6AEIJzAA#v=onepage&q=Psicolog%C3%ADa%20de%20la%20salud%20%20Health%20psychology&f=false
- Ortiz A. C. (2013, September 3). *Aplicación de la terapia cognitiva de beck para el tratamiento de depresión en un grupo de adolescentes de 12 a 15 años*, del Instituto Técnico Superior Gran Colombia de la ciudad de Quito de octubre del 2011 a enero del 2012. Retrieved from
Recuperado de: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/17>

11. ANEXOS

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL DE UN PACIENTE CON DEPRESIÓN MAYOR



Anexo 1.

Consentimiento Informado

CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA FAMILIA
SANTA ROSA DE LIMA
CONSENTIMIENTO INFORMADO - PACIENTES MENORES DE EDAD (12-17 AÑOS)

Nombre: [Redacted]
Fecha: 1/11/20
Página: 1 de 1

ASSENTIMIENTO INFORMADO DEL USUARIO MENOR DE EDAD

Nombre: [Redacted]
Fecha: [Redacted]
No. tarjeta de identidad/registro civil: 3100390259 de Simón Solís

Firma y documento de identidad del profesional responsable

Firma: [Redacted]
No. de cédula: 4100390259 de Simón Solís
Tarjeta profesional No. 142977

AUTORIZACIÓN ADICIONAL PARA ESTUDIOS CIENTÍFICOS

Mi hijo(a)/representado(a) y yo, en calidad de representantes legales, autorizamos que la información personal de nuestro hijo(a) sea utilizada en proyectos de investigación que aborden a los aspectos de ciencia, tecnología e innovación, en materia de salud mental, manteniendo el rigor de la confidencialidad para el uso y manipulación de los datos científicos de mi hijo(a)/representado(a). Dejamos constancia de que entendimos nuestros derechos y el de mi hijo(a)/representado(a) y damos el consentimiento a los procedimientos, instrumentos de medición y actividades investigativas/procedidas en dichos estudios científicos.

Adicionalmente, consentimos que los resultados puedan ser publicados y entregados a la UNIVERSIDAD DEL NORTE con respecto de producción final de la investigación, manteniendo total reserva sobre los datos personales de mi hijo(a)/representado(a), según a lo regulado por la legislación internacional, nacional e institucional, en la que se protege su dignidad, autonomía y derechos, procurando su bienestar. Si así lo requieren, también los resultados podrán ser socializados con nosotros y nuestro hijo(a)/hija(a)/representado(a).

En constancia de ello, firmamos el presente fragmento adicional de mi consentimiento informado el día 15 del mes noviembre del año 2020, en la ciudad de Barranquilla.

CONSENTIMIENTO PADRE/MADRE/REPRESENTANTE LEGAL PARA INVESTIGACIONES

Nombre: [Redacted]
Fecha: [Redacted]
No. de cédula: 6402232 de [Redacted]

ASSENTIMIENTO INFORMADO DEL USUARIO MENOR DE EDAD PARA INVESTIGACIONES

Nombre: [Redacted]
Fecha: [Redacted]
No. tarjeta de identidad/registro civil: 3100390259 de Simón Solís

Anexo 2.***Inventario de Beck Pre Test***

He

INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de frases. Por favor lea cuidadosamente cada grupo. Luego escoja una frase en cada grupo la cual describe mejor la forma como usted se ha sentido últimamente. Encierre en un círculo el número del lado de la frase que eligió. Si le parece que varias frases del grupo se aplican igual. Señala una.

Esté seguro de leer todas las frases en cada grupo antes de marcar una elección.

A. 0. No me siento triste
1. Me siento triste o melancólico
☒ 2a. Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.
2b. Siento que nunca saldré de mis problemas

B. 0. No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.
☒ 1. Me siento desalentado por el futuro
2a. Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir
2b. Siento que nunca saldré de mis problemas
3. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar

C. 0. No me siento como un fracasado
1. Siento que he fracasado más que el promedio
2a. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo
2b. Viendo mi vida en forma retrospectivamente todo lo que puede ver es una gran cantidad de fracasos.
☒ 3. Siento que soy un fracasado completo.

D. 0. No estoy particularmente insatisfecho
☒ 1a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo
1b. No gozo las cosas de la manera que acostumbraba
2. Nunca siento satisfacción de nada.
3. Estoy insatisfecho de todo.

E. 0. No me siento particularmente culpable
1. Me siento mal o indigno gran parte del tiempo
2a. Me siento algo culpable
2b. Me siento mal o indigno casi siempre
☒ 3. Siento que soy malo o inútil

F. 0. No siento que este siendo castigado
1. He tenido la sensación de que algo malo puede ocurrir
2. Siento que soy castigado o que seré castigado
☒ 3a. Creo que merezco ser castigado
3b. Deseo ser castigado.

G. 0. No me siento decepcionado de mí mismo
☒ 1a. Estoy decepcionado de mí mismo
1b. No me agrado
2. Estoy disgustado conmigo mismo
3. Me odio.

1

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL DE UN PACIENTE CON DEPRESIÓN MAYOR



- H. 0. No creo ser peor que cualquier otro.
 ①. Me critico por mi debilidad o errores
 2. Me reprocho mis culpas
 3. Me reprocho todo lo malo que ocurre
- I. 0. No tengo ninguna intención de hacermé daño
 1. Tengo intenciones de hacermé daño, pero no las llevaría a cabo.
 ②. Siento que estaría mejor muerto
 2b. Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera
 3a. Tengo planes definidos para suicidarme
 3b. Me mataría, si pudiera.
- J. 0. No llora más de lo usual
 1. Lloro más de lo que acostumbraba
 ②. Ahora lloro todo el tiempo; no puedo evitarlo.
 3. Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quisiera hacerlo.
- K. 0. No estoy más irritado de lo habitual
 ①. Me molesto o me irrito con mayor facilidad que lo usual
 2. Me siento irritado siempre
 3. No me irrito con las cosas que casualmente me irritaban.
- L. ①. No he perdido interés por la gente.
 1. Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba estar.
 2. He perdido casi totalmente el interés por las demás personas
 3. He perdido todo interés por las demás personas y no me importa lo que les ocurra.
- M. 0. Tomo decisiones tan bien como siempre
 1. Trato de evitar tomar decisiones
 ②. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
 3. No puedo tomar ninguna decisión.
- N. 0. No siento que luzca peor de lo acostumbrado
 1. Me preocupa parecer viejo o desagradable
 ②. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia
 3. Siento que luzco feo o repulsivo
- O. 0. Puedo trabajar tan bien como antes.
 1a. Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo
 ①b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
 2. Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa.
- P. 0. Puedo dormir tan bien como antes
 1. Despierto por la mañana más cansado que de costumbre
 2. Despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me es difícil volver a dormir.
 ③. Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de cinco horas.

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL DE UN
PACIENTE CON DEPRESIÓN MAYOR



- Q. 0. No me canso más de lo usual
1. Me canso más fácilmente que lo usual
2. Me canso de no hacer nada
3. Me canso demasiado al hacer cualquier cosa
- R. 0. Mi apetito no excede a lo normal
1. Mi apetito no es tan bueno como de costumbre
2. Mi apetito es deficiente
3. No tengo apetito
- S. 0. No he perdido mucho peso, o nada últimamente
1. He perdido más de 2 ½ Kg
2. He perdido más de 5 Kg
3. He perdido más de 7 Kg
- T. 0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual
1. Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o constipación.
2. Estoy tan preocupado de cómo me siento, que es difícil tener otros pensamientos.
3. Estoy sumamente preocupado de cómo me siento.
- U. 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual
1. Tengo poco interés por el sexo
2. Mi interés por el sexo es casi nulo
3. He perdido completamente el interés por el sexo.

Anexo 3

Inventario de Beck Post Test

Post

INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de frases. Por favor lee cuidadosamente cada grupo. Luego escoja una frase en cada grupo la cual describe mejor la forma como usted se ha sentido últimamente. Encierre en un círculo el número del lado de la frase que eligió. Si le parece que varias frases del grupo se aplican igual, Señala una.

Esté seguro de leer todas las frases en cada grupo antes de marcar una elección.

A. ☒ 0 No me siento triste
 1. Me siento triste o melancólico
 2.a. Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.
 2.b. Siento que nunca saldré de mis problemas

B. ☒ 0 No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.
 1. Me siento desalentado por el futuro
 2.a. Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir
 2.b. Siento que nunca saldré de mis problemas
 3. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar

C. ☒ 0 No me siento como un fracasado
 1. Siento que he fracasado más que el promedio
 2.a. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo
 2.b. Viendo mi vida en forma retrospectivamente todo lo que puede ver es una gran cantidad de fracasos.
 3. Siento que soy un fracasado completo.

D. ☒ 0 No estoy particularmente insatisfecho
 1.a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo
 1.b. No gozo las cosas de la manera que acostumbraba
 2. Nunca siento satisfacción de nada.
 3. Estoy insatisfecho de todo.

E. ☒ 0 No me siento particularmente culpable
 1. Me siento mal o indigno gran parte del tiempo
 2.a. Me siento algo culpable
 2.b. Me siento mal o indigno casi siempre
 3. Siento que soy malo o inútil

F. ☒ 0 No siento que este siendo castigado
 1. He tenido la sensación de que algo malo puede ocurrir
 2. Siento que soy castigado o que seré castigado
 3.a. Creo que merezco ser castigado
 3.b. Deseo ser castigado.

G. ☒ 0 No me siento decepcionado de mí mismo
 1.a. Estoy decepcionado de mí mismo
 1.b. No me agrado
 2. Estoy disgustado conmigo mismo
 3. Me odio.

1

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL DE UN PACIENTE CON DEPRESIÓN MAYOR



- II. ① No creo ser peor que cualquier otro.
 - 1. Me crítico por mi debilidad o errores
 - 2. Me reprocho mis culpas
 - 3. Me reprocho todo lo malo que ocurre
- I. ① No tengo ninguna intención de hacermé daño
 - 1. Tengo intenciones de hacermé daño, pero no las llevaría a cabo.
 - 2. Siento que estaría mejor muerto
 - 2b. Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera
 - 3. Tengo planes definidos para suicidarme
 - 3b. Me mataría, si pudiera.
- J. ① No lloro más de lo usual
 - 1. Lloro más de lo que acostumbraba
 - 2. Ahora lloro todo el tiempo; no puedo evitarlo.
 - 3. Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quisiera hacerlo.
- K. ① No estoy más irritado de lo habitual
 - 1. Me molesto o me irito con mayor facilidad que lo usual
 - 2. Me siento irritado siempre
 - 3. No me irito con las cosas que casualmente me irritaban.
- L. ① No he perdido interés por la gente.
 - 1. Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba estar.
 - 2. He perdido casi totalmente el interés por las demás personas
 - 3. He perdido todo interés por las demás personas y no me importa lo que les ocurra.
- M. ① Tomo decisiones tan bien como siempre
 - 1. Trato de evitar tomar decisiones
 - 2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
 - 3. No puedo tomar ninguna decisión.
- N. ① No siento que luzca peor de lo acostumbrado
 - 1. Me preocupa parecer viejo o desagradable
 - 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia
 - 3. Siento que luzco feo o repulsivo
- O. ① Puedo trabajar tan bien como antes.
 - 1. Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo
 - 1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
 - 2. Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa.
- P. ① Puedo dormir tan bien como antes
 - 1. Despierto por la mañana más cansado que de costumbre
 - 2. Despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me es difícil volver a dormirme.
 - 3. Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de cinco horas.

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL DE UN
PACIENTE CON DEPRESIÓN MAYOR



- Q. ☐ No me canso más de lo usual
1. Me canso más fácilmente que lo usual
2. Me canso de no hacer nada
3. Me canso demasiado al hacer cualquier cosa
- R. ☐ Mi apetito no excede a lo normal
1. Mi apetito no es tan bueno como de costumbre
2. Mi apetito es deficiente
3. No tengo apetito
- S. ☐ No he perdido mucho peso, o nada últimamente
1. He perdido más de 2 ½ Kg
2. He perdido más de 5 Kg
3. He perdido más de 7 Kg
- T. ☐ No estoy más interesado en mi salud que lo usual
☒ Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o constipación.
2. Estoy tan preocupado de cómo me siento, que es difícil tener otros pensamientos.
3. Estoy sumamente preocupado de cómo me siento.
- U. ☐ No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual
1. Tengo poco interés por el sexo
2. Mi interés por el sexo es casi nulo
3. He perdido completamente el interés por el sexo.

Anexo 4.**Inventario de Beck t pre Test Escala de desesperanza**

Pretest

Escala de la Desesperanza (HS)
(Beck et al., 1974)

Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las repuestas "Falso".

El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

| | Verdadero (V) | Falso (F) |
|---|------------------|--------------|
| 1. Miro hacia el futuro con optimismo y esperanza | | F |
| 2. Debería darme por vencido, puesto que yo solo no puedo hacer mejor las cosas. | V | |
| 3. Cuando las cosas van mal, me anima saber que no pueden continuar así por mucho tiempo | | F |
| 4. No puedo imaginarme cómo será mi vida dentro de 10 años | | F |
| 5. Tengo todo un futuro para realizar lo que más deseo en la vida | V | |
| 6. En el futuro, espero triunfar en lo que realmente deseo. | V | |
| 7. Veo mi futuro con pesimismo | V | |
| 8. Espero que la vida me ofrezca más que al resto de la gente | V | |
| 9. No consigo que la vida me sonría, y no creo que el futuro pueda cambiarlo. | V | |
| 10. El pasado me ha enseñado a afrontar satisfactoriamente el futuro. | | F |
| 11. Todo a mi alrededor es más negativo que positivo | V | |
| 12. No creo que consiga lo que realmente quiero | V | |
| 13. Espero que en el futuro sea más feliz que lo que soy ahora | V | |
| 14. Nunca consigo que las cosas me salgan como quiero | V | |
| 15. Tengo fe en el futuro | V | |
| 16. Es absurdo que desee algo, pues nunca consigo lo que quiero | | F |
| 17. Dificilmente conseguiré algo bueno en mi vida | V | |
| 18. El futuro me parece vago e incierto | V | |
| 19. Espero con entusiasmo que en mi vida haya más momentos buenos que malos | V | |
| 20. Es inútil que luche por lo que quiero, porque lo más (pues es muy) probable es que no lo consiga. | V | |